Especialização Multiprofissional na

Atenção Básica

UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS

Eixo I - Reconhecimento da Realidade

Saúde e Sociedade

UFSC

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República
Ministro da Saúde
Secretario 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 Luís Carlos Cancellier de Olivo
Vice-Reitora Alacoque Lorenzini Erdmann
Pró-Reitor de Pós-graduação Sérgio Fernando Torres de Freitas
Pró-Reitor de Pesquisa Sebastião Roberto Soares
Pró-Reitor de Extensão Rogério Cid Bastos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano
Vice-Diretor Ricardo de Souza Vieira

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antonio Fernando Boing
Subchefe do Departamento Fabrício Augusto Menegon
Coordenadora do Curso Fatima Buchele Assis

COMITÊ GESTOR

Coordenadora 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
Marialice de Mores
Sheila Rubia Lindner

AUTORES 1ª EDIÇÃO

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

2ª EDIÇÃO ADAPTADA

Marta Inez Machado Verdi
Marco Aurélio Da Ros
Luiz Roberto Agea Cutolo
Thaís Titon de Souza

REVISORES

Marco Aurélio de Anselmo Peres
Sandra Noemi Cuccurullo de Caponi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Saúde e Sociedade

Versão adaptada do curso de
Especialização Multiprofissional em Saúde da Família

Eixo I
Reconhecimento da Realidade

Florianópolis
UFSC
2016

© 2016 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.

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 por Eliane Maria Stuart Garcez - CRB 14/074

U588s Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância.

Saúde e sociedade [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Organizadores: Marta Inês Machado Verdi ... [et al] - Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

96 p. (Eixo 1 – Reconhecimento da Realidade).

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: Modelos Conceituais em Saúde. – A Organização Social e sua Influência no Processo Saúde-Doença. – O Sistema Único de Saúde numa Perspectiva Histórica e no Contexto das Políticas Públicas. – Atenção Primária da Saúde e Atenção Básica de Saúde. – A Estratégica Saúde da Família como Opção Política e Modelo de Atenção.

Versão adaptada do curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família.

ISBN: 978-85-8267-072-9

1. Atenção primária à saúde. 2. Processo saúde doença. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Medicina social. I. UFSC. II. Verdi, Marta Inês Machado. III. Ros, Marco Aurélio da. IV. Cutolo, Luiz Roberto Agea. V. Souza, Thaís Titon de. VI. Título.

CDU: 616-058

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes
Coordenação de Produção: Giovana Schuelter
Design Instrucional: Marcelo Capillé
Revisão Textual: Isabel Maria Barreiros Luclktenberg, Flávia Goulart
Design Gráfico: Fabrício Sawczen, Maraysa Alves
Ilustrações: Rafaella Volkmann Paschoal, Fabrício Sawczen, Maraysa Alves
Design de Capa: Rafaella Volkmann Paschoal

SUMÁRIO

UNIDADE 1 MODELOS CONCEITUAIS EM SAÚDE 13
1.1 A epistemologia da saúde: as diversas formas de pensar a saúde 13
1.2 Modelo biomédico 17
1.3 Modelo da determinação social da doença 18
1.4 Promoção da saúde 21
REFERÊNCIAS 25

UNIDADE 2 A ORGANIZAÇÃO SOCIAL E SUA INFLUÊNCIA NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA 27
2.1 A organização da sociedade influencia o processo saúde-doença 27
2.2 Um pouco da história da sociedade brasileira 29
REFERÊNCIAS 33

UNIDADE 3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NUMA PERSPECTIVA HISTÓRICA E NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS 35
3.1 Premissas iniciais 35
3.2 Condições para instalação do modelo brasileiro 37
3.2.1 O início 37
3.2.2 O retrocesso 37
3.2.3 Retrocesso do ensino: último passo 38
3.2.4 Contra-hegemonia ao modelo 39
3.2.5 Novas forças nascentes: o Movimento pela Reforma Sanitária 40
3.3 Ventos de mudança 41
3.4 O SUS 42
3.5 O SUS nas últimas décadas 45
3.6 Os avanços e embates para a consolidação do SUS 50
REFERÊNCIAS 53

UNIDADE 4 ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE 55
4.1 Hora de brincar com as palavras 55
4.2 Tudo bem! Mas o que é APS, afinal? 56
4.3 Características, eixos e diretrizes da APS 59
4.3.1 Orientação para a comunidade 59
4.3.2 Primeiro contato 60
4.3.3 Acessibilidade 61
4.3.4 Longitudinalidade 62
4.3.5 Integralidade 62
4.3.6 Coordenação do Cuidado 64
4.4 APS Para quê? Por que APS? 65
REFERÊNCIAS 67

UNIDADE 5 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO OPÇÃO POLÍTICA E MODELO DE ATENÇÃO 70
5.1 A Estratégia Saúde da Família como Atenção Primária da Saúde Ampliada 70
5.2 A Equipe de Saúde da Família e suas atribuições 72
5.3 O apoio às Equipes da ESF: uma estratégia prioritária 76
5.4 O apoio à ESF a partir da Equipe do NASF – legislação e diretrizes 81
REFERÊNCIAS 90

SÍNTESE DO MÓDULO 94

AUTORES 95

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Ao iniciarmos os estudos do Módulo Saúde e Sociedade, é importante reconhecermos que o trabalho no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) é um processo complexo no que se refere a saberes, práticas e relações envolvidas. Isso requer que o processo seja construído na articulação de bases teóricas (o conhecimento), metodológicas (métodos e técnicas) e éticas, com a contribuição de diferentes profissionais para alcançar uma atenção integral. Desse modo, o trabalho na Saúde da Família deve se estruturar buscando acionar os diferentes mecanismos e aportes interdisciplinares e intersetoriais para construir respostas efetivas aos problemas de saúde da população. Dentre as novas estratégias para o alcance da integralidade destaca-se o potencial das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Destacamos também que o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família 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, 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 na Atenção Básica de Saúde.

De qual realidade falamos? A qual tipo de reconhecimento nos referimos?

Entendemos que a opção teórico-metodológica que percorre os conteúdos desenvolvidos neste módulo é um 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 micro – os sujeitos e a família – até as relações sociais em nível macro – como no caso da globalização na sociedade atual. 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 indica claramente um posicionamento crítico ante o conhecimento já construído, os saberes já instituídos, os modos hegemônicos de ver a realidade. Isso 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, de modo a capacitar-se para a transformação dessa realidade em direção a uma sociedade e a um sistema de saúde mais justo, equitativo, digno e cidadão.

Assim, convidamos você a entrar no mundo das ideias, das práticas, dos conflitos, dos desafios e das realizações que compõem o marco conceitual e o marco contextual da Atenção Básica de Saúde, da Estratégia Saúde da Família, do Sistema Único de Saúde (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 construção do SUS numa perspectiva histórica. Os modelos de Atenção Primária da Saúde, Atenção Básica de Saúde e Estratégia Saúde da Família.

Objetivo geral

Compreender a influência da realidade social no processo saúde–doença para a construção política do SUS e da Estratégia Saúde da Família como modelo estruturante da Atenção Básica.

Objetivos específicos

- Conhecer o modelo da determinação social da doença em contraponto ao modelo biomédico e a influência das relações sociais na constituição desses modelos de saúde.
- Compreender, a partir de uma perspectiva histórica, a complexidade da organização da sociedade e sua relação com o processo saúde–doença.
- Compreender o processo de construção das políticas de saúde e do SUS, numa perspectiva histórico-social.
- Reconhecer características, eixos e diretrizes da Atenção Primária da Saúde como modelo da Atenção Básica do SUS.
- Compreender a Estratégia Saúde da Família em termos conceituais, contextuais e operacionais como modelo da Atenção Básica.

Carga horária: 30h

Unidades de Conteúdo

Unidade 1: Modelos conceituais em Saúde
Unidade 2: A organização social e sua influência no processo saúde–doença
Unidade 3: O Sistema Único de Saúde numa perspectiva histórica e no contexto das políticas públicas
Unidade 4: Atenção Primária da Saúde e Atenção Básica de Saúde
Unidade 5: A Estratégia Saúde da Família como opção política e modelo de atenção

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 como o da 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, esse exercício requer ir muito além da sabedoria e da técnica, pressupõe uma férrea persistência e mesmo pertinácia.

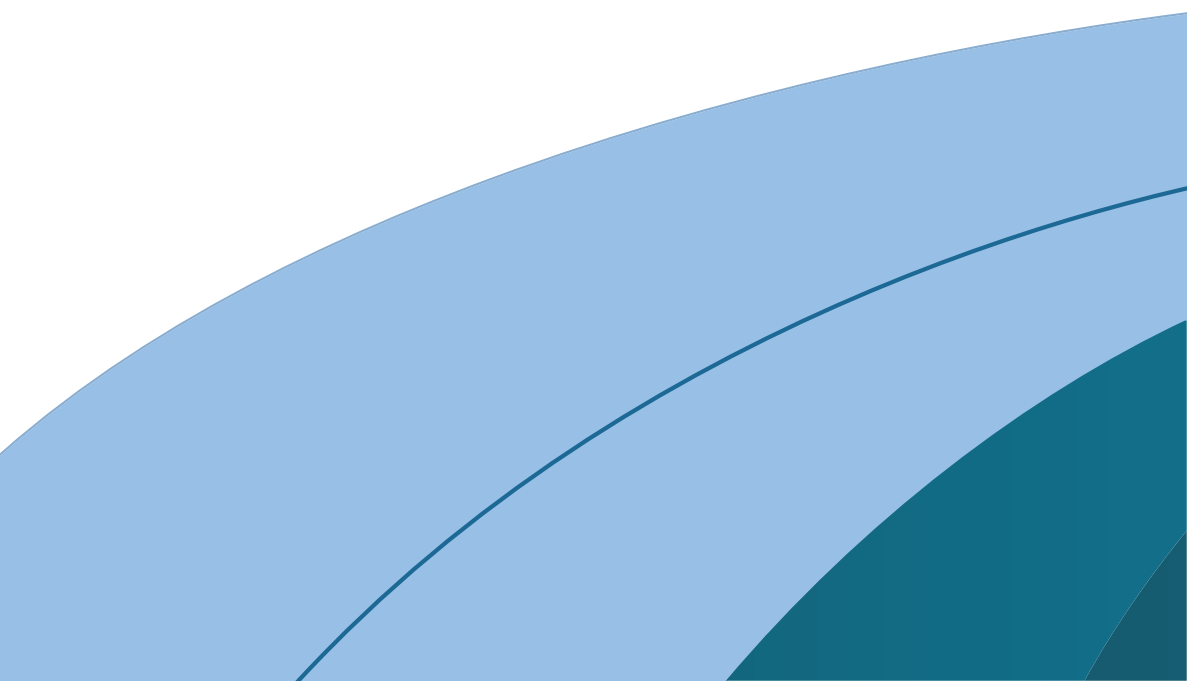
Nesse sentido, acreditando no potencial de mudança de todos e de cada um e na sua capacidade de criar e transformar a realidade, propomos ao longo deste módulo um percurso desafiador que instigue você a ver com "outros olhos" a realidade de seu trabalho, a pensar múltiplas e diferentes explicações para 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 esses 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
Thaís Titon de Souza

Unidade 1



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 desses 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 você estas 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 pode-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 fatual.

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 (Fleck[1]), ou de ciência normal (Kuhn[2]), ou de estabilidade (Piaget[3]), ou de continuidade (Bachelard[4]), e evolui para que os dados instabilizadores/anormais/desarmônicos rompam epistemologicamente, mudando a ciência antiga. É colocado um novo estilo

1 Ludwik Fleck (1896-1961) – médico e biólogo polonês que criou, na década de 1930, o conceito de estilo de pensamento.

2 Thomas Kuhn (1922-1996) – físico norte-americano, autor de ***A estrutura das revoluções científicas***, na qual aponta o enfoque historicista de ciência.

3 Jean Piaget (1896-1980) – biólogo e psicólogo suíço, dedicou-se às pesquisas em Epistemologia e Educação.

4 Gaston Bachelard (1884-1962) – filósofo e poeta francês, cujo trabalho acadêmico objetivou o estudo do significado epistemológico da ciência.

de pensamento/paradigma para ser a verdade provisória da nova ciência que acumula o velho e com isso traz o princípio do conhecimento máximo. Isso parece muito mais uma discussão filosófico-sociológica, mas ela é básica para que se entenda a saúde.

Um exemplo interessante, extraído da *Gestalt* (da Psicologia), para discutirmos um pouco mais sobre esse tema, pode ser a leitura de três letras: A-I3-C. Após isso, a leitura de três números: I2, I3, I4. A pergunta é: o que significa o I3?
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 em determinado contexto, agora nos 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.

Esse 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 na Inglaterra e Gales. Notamos que temos uma diagonal quase reta de diminuição. Alguns fatos, entretanto, são notáveis: a descoberta do bacilo em 1882, do antibiótico contra a tuberculose em 1942 e da 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; LOWE, 1981 apud COSTA, 1988).

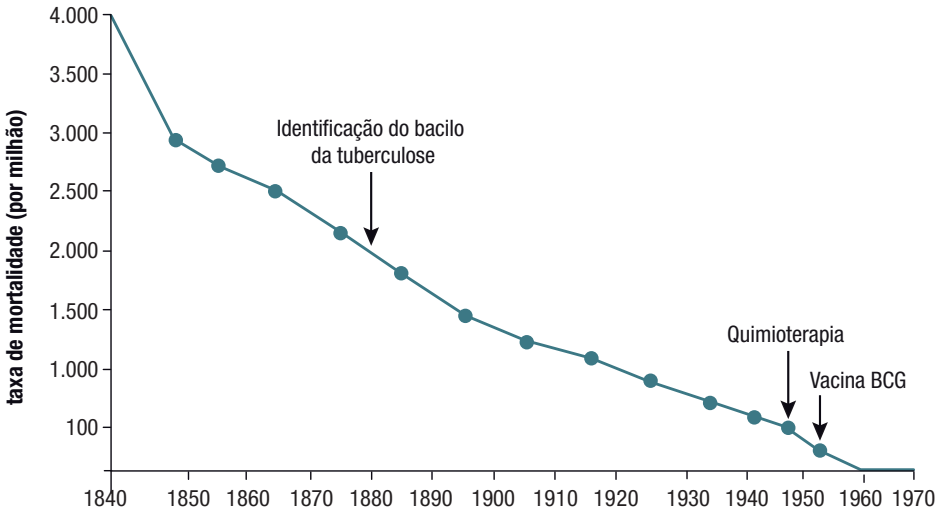


Gráfico 1 – Gráfico de McKewon: tuberculose respiratória, taxa de mortalidade anual média Inglaterra e Gales
Fonte: MCKEWON; LOWE, 1981.

Atenção: isso não significa que devemos jogar fora esse 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 em 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 a promoção da saúde e a 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, esses 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. Esse 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 1, 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 1 – Modelos conceituais em saúde

Isso 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 com quem interagimos e de quem cuidamos.

Entretanto, antes de conhecermos melhor esses 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 2, a seguir:

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 (relíquias, amuletos, água benta, exorcismo).
No período do Renascimento	Surge a Teoria Miasmática, cuja explicação da doença estava nas partículas invisíveis, os miasmas.
Na Revolução Industrial	Surge, também, a Teoria Social da Medicina com alguns revolucionários como Virchow e Neumann, que buscavam 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 2 – 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. Esse 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 3, a seguir:

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 se tratar das doenças é o hospital, porque nele tem todos os exames acessíveis e se administram medicamentos nas horas certas.

Quadro 3 – 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.

Isso tem como consequência uma posição autoritária, unidisciplinar 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 da determinação social da doença

Este 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 Medicina Social. Virchow, um dos médicos sociais (depois veio a ser conhecido também como patologista), afirmava que as pessoas adoecem e morrem em função do jeito com que vivem. E esse 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 de Saúde Pública da Prússia, que diz que compete ao Estado a responsabilidade sobre a saúde das pessoas. Que esse deve promover a saúde e combater e tratar a doença para todos, ou seja, saúde é direito de todos, dever do Estado. Aliás, foi esse movimento que inspirou a nossa construção do SUS.

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.

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

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), a proibição de trabalho para menores (de 4 a 12 anos), um maior salário (mais dinheiro para comprar comida para os filhos), uma 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 à área das ciências sociais, pouco modificando a tendência norte-americana do modelo unicausal (flexneriano).

8 Henry Sigerist (1891-1957). Foi professor de História da Medicina nas Universidades de Zurique e Leipzig e, posteriormente, na Universidade Johns Hopkins.

9 Georges Canguilhem (1904-1995) – nasceu no Sul da França, percorreu a carreira acadêmica em instituições de ensino e pesquisa francesas como filósofo.

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 essa discussão de qual modelo é mais apropriado à realidade atual, podemos utilizar o Quadro 4 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	Provisoriedade – verdade absoluta
Valorização da psicologia e do cultural	x	Valorização da célula e da química
Valorização da atuação multiprofissional/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
Determinação Social da Doença	**X**	**Modelo Biomédico**
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 4 – Diferenças 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 sobre Promoção da 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. Isso 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.

> Essa 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 modo geral, as formulações de promoção da saúde podem ser reunidas em duas grandes tendências. Vejamos o Quadro 5:

A primeira, centrada no comportamento dos indivíduos e seus estilos de vida	Uma das características desta tendência é o seu enfoque fortemente comportamental, expresso por meio de ações de saúde que visam à transformação de hábitos e estilos de vida dos indivíduos, considerando o ambiente familiar, bem como o contexto cultural em que vivem. Nessa 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.
	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).
A segunda, dirigida a um enfoque mais amplo de desenvolvimento de políticas públicas e condições favoráveis à saúde	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.
	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.

Quadro 5 – 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 encontra-se no entendimento do significado desse social em relação ao lócus de priorização das ações em saúde e na 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, colocando em destaque conceitos como "*empowerment* comunitário" e "*empowerment education*".

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. Nesse documento, promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar a sua saúde e exercer um maior controle sobre ela. 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.

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". Deve-se 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.

Nessa 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.).

Saiba mais

CAMARGO, Junior K. As Armadilhas da concepção positiva de saúde. **Physis**: rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17 n.1, pg 63-76, 2007.

Z. BUSS, P. Promoção da Saúde da Família. **Rev. Programa Saúde da Família**, dez. 2002. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/.../is_digital/is_0103/IS23(1)021.pdf>.

Sobre determinação social da doença, assista ao filme

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

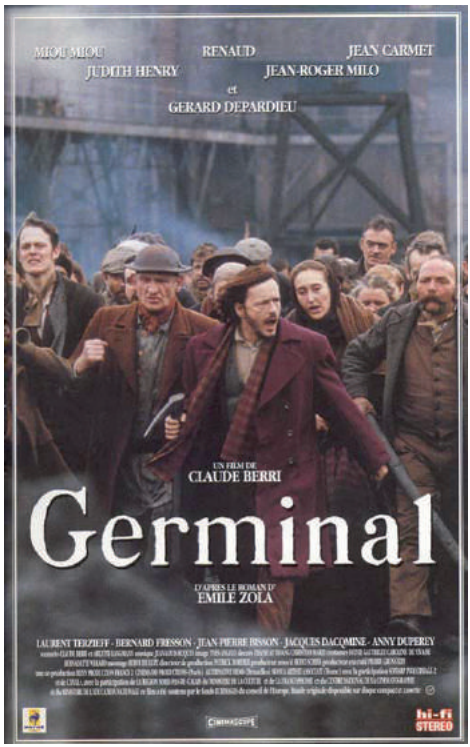


Figura 1 – Filme sobre determinação social da saúde
Fonte: Germinal, 1993.

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 retomaremos a questão do modelo de saúde e da forma de ver (I3? ou B?) e a promoção/educação em saúde.

Relembramos que seu objetivo de aprendizagem nesta unidade foi conhecer o modelo da determinação social da doença em contraponto ao modelo biomédico e a influência das relações sociais na constituição desses modelos de saúde, além de identificar algumas características do modelo da promoção da saúde, bem como suas tendências contemporâneas.

Ao finalizar a unidade, você avalia que atingiu esse objetivo?

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://hygeia.fsp.usp.br/cepedoc/trabalhos/Trabalho%20181.htm>. Acesso em: 09 mar. 2016.

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. **Introduction a la medicina social.** México: Siglo Veintiuno, 1981.

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

VERDI, M e CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.14, n.1, Jan-Mar, 2005. p.82-8.

Unidade 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. Essas histórias muitas vezes nos foram contadas da forma como gostariam que entendêssemos, mas nem sempre apresentaram toda a verdade, ou todas as possíveis interpretações. Nesta unidade, resgataremos tais histórias para analisá-las com mais atenção; desejamos assim explicitar a complexidade da organização da sociedade e sua relação com o processo saúde–doença.

Com essa dinâmica, seus objetivos de estudo são os de entender que há diferentes maneiras de ver a história da organização da sociedade, levando-o(a) a refletir criticamente sobre a complexidade dessa organização, considerando suas atuais características, como desigualdade, exclusão social e violência. Esperamos que esse entendimento e sua reflexão possibilitem-lhe 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 consequência) 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 isso 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, dessa lógica, a sua face moderna, chamada neoliberalismo.

Você já pensou sobre isso?

Já debateu com colegas, amigos, professores esse tema?

Então, para entender essa situação, podemos utilizar Marx (Figura 2), 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 e nossa forma de encarar o mundo medeiam essas relações, mas não as modificam (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 sua força de trabalho, configurando a burguesia e o proletariado.

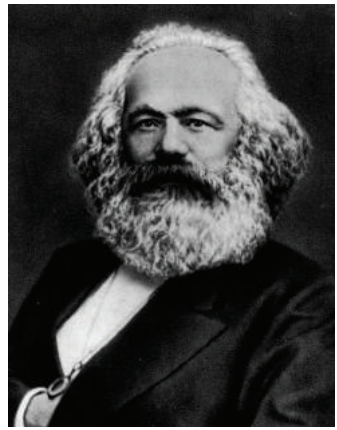


Figura 2 – Karl Marx
Fonte: MARX, 2010.

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 essa 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 essas 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 isso 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 e 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:

- Os bancos internacionais são as organizações mais estáveis do planeta. (Isso foi verdade há um tempo atrás.)
- O computador será apenas mais um instrumento de trabalho. (Dito há mais de 20 anos.)
- Os nobres têm sangue azul e, portanto, seu poder inquestionável durará eternamente. (Colocada há mais de 200 anos.)

Essas 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 aimará, 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/guerrearam 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 na 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 morbimortalidade 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 o modelo norte-americano e depender dele.

Por que conhecer essa história? O que nos interessa? Que vínculo tem com a Especialização na Atenção Básica? Essas 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 Kubitschek), 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, nessa 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 essa 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 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 a 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 você acesse os textos de apoio presentes no Ambiente Virtual.Indicamos também a leitura:
LIVRO:
QUINTANEIRO, T.; BARBOSA, M. L. O.; OLIVEIRA, M.G.M. **Um toque de clássicos**: Marx, Durkheim e Weber. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2009.
ARTIGOS:
MUSSE, R. O legado de Marx no Brasil. **Estud. Av.**, v.22, n.63, p. 327-333, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v22n63/v22n63a26.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016..

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 brasileira, 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

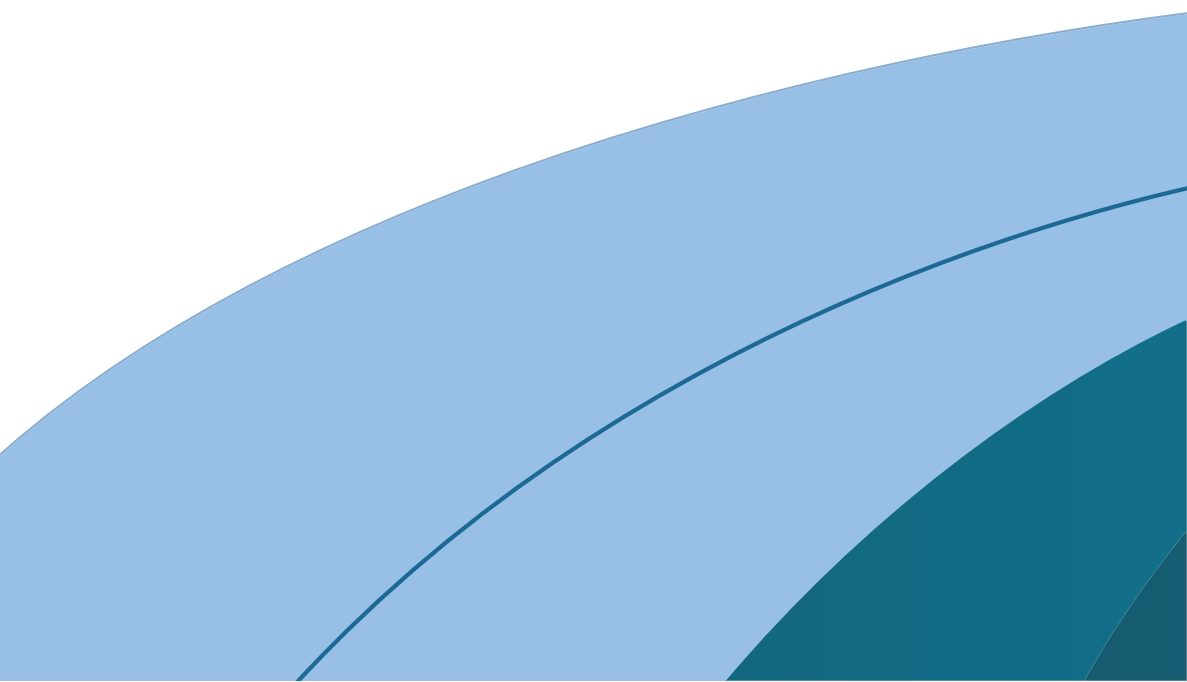
MARX, Karl. **O capital:** crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

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.

WIKIPÉDIA. **Karl Marx.** Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Karl_Marx>. Acesso em: 09 mar. 2016.

Unidade 3



3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NUMA PERSPECTIVA HISTÓRICA E NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Para iniciar o diálogo acerca da construção do SUS, precisaremos, antes de tudo, contextualizar historicamente a formulação de iniciativas e políticas públicas que não se restringem ao contexto brasileiro, pois esse 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 6):

PRIMEIRA PREMISSA	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**.
	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 precisava 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 nele 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 Johns 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 6 – 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 os 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 Aposentadoria e Pensões (IAPs) – antigas Caixas de Aposentadoria 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 esses 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 caiava 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 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 os 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 inclusive sua sede queimada. Esse golpe determina extensas modificações em relação ao patamar anterior.

Vamos avançar mais 10 anos, 1964-1974, para fazermos 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: 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). Esses 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 (USs) – quanto mais "sofisticado" o ato, mais caro se pagava por ele;

d) foram concedidos empréstimos para a construção de hospitais do setor privado, com 10anos de carência. Após isso, sem juros e sem correção monetária, é que se iniciaria o pagamento; e

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 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 à 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 busca, entre outras intenções, 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, 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; LEDGAR, 1977).

Em 10 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 desse 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 disso, parte desse 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 10 anos tinham 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.

Esse 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.

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 (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 Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), conclamando que os recursos do governo deveriam ser usados para a construção de hospitais e a compra de equipamentos públicos. Denunciavam também a forma de pagamento por unidades de serviço (USs) como fonte incontrolável de corrupção. Por exemplo, se pagava mais US por parto cesáreo que por parto normal, com isso, nessa época, o Brasil foi campeão mundial de cesarianas;

c) a Igreja se organiza nas pastorais de saúde, cria os Encontros Nacionais de Experiências em Medicina Comunitária (Enemecs) 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

e) em 1976, nasce também a primeira residência em Saúde Comunitária, na Unidade Sanitária Murialdo, em Porto Alegre, que, rapidamente, junto com outras que se conformam nessa época, se torna 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).

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 fosse um direito do cidadão e um dever do Estado.

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 de Saúde[10] é convidado a participar e colaborar para a apresentação de uma proposta chamada PREV-Saúde, que fundiria os dois ministérios[11] e iniciaria o repasse de recursos para os municípios. Essa 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.

10 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.

11 Ministério da Previdência e Assistência Social 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 das 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, e 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 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 e 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 o Sistema Único de Saúde, que tem como princípios a universalidade, a equidade, a integralidade, a hierarquização e o 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 (NOBs) para que o SUS começasse a funcionar de fato.

Em 1993, com o *impeachment* de Collor (Figura 3), o governo Itamar Franco elabora, no 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 essa instância, a demanda "estouraria" sempre nos serviços dependentes de

Figura 3 – Campanha pelo impeachment
Fonte: MENDONÇA, 2009.

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

Um fator determinante para a manutenção desse modelo de política foi o apoio financeiro do Banco Mundial, entendendo que isso 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, tampouco com o tamanho da clientela a ser atendida e com a qualidade do serviço, mostrando uma nítida distância da proposta do Movimento da Reforma Sanitária. Em relação à configuração da equipe, ainda na década de 1970, discutia-se o tamanho que deveria ter uma equipe de Atenção Básica. Isso só conseguiu se materializar, ou melhor, iniciar sua materialização, com a proposta de 1993 do Programa Saúde da Família, cujo foco, de fato, sempre foi a comunidade. A primeira proposta apresentada para o então ministro da Saúde Henrique Santillo incluía quatro profissionais na equipe básica: médico, enfermeiro, dentista e psicólogo. A cada cinco equipes haveria uma equipe de referência e uma de educação permanente para apoio. Caracterizava-se, desse modo, uma dupla função para cada uma dessas duas equipes: a primeira, de referência e contrarreferência (atenção secundária) e a segunda, de qualificar

permanentemente a ampliação da resolubilidade da Atenção Básica. Além disso, essa supervisão e assessoria poderiam colaborar com as práticas coletivas na Atenção Básica, tais como participação nos grupos de promoção de saúde ou prevenção de doenças e reuniões comunitárias ou de conselhos de saúde. Os profissionais desse núcleo seriam estabelecidos conforme o desenho do perfil epidemiológico e das necessidades sociais de cada área.

O projeto do PSF foi aprovado de forma diferente no final de 1993 e já aparece com diminuição da equipe básica, contando com somente médico e enfermeiro, mais os técnicos e o agente comunitário de saúde (ACS), isso para até mil famílias por equipe. Em função das imposições do então financiador, o Banco Mundial, a proposta daquela equipe de supervisão desapareceu dos planos e só reapareceu em 2005.

Por que essa proposta ficou "engavetada" por mais de uma década?
Reflita sobre os diferentes determinantes que motivaram essa escolha política, relembrando esse período histórico da primeira década de construção do SUS.

3.5 O SUS nas últimas décadas

No final da gestão no Ministério da Saúde, em 2002, houve uma grande expansão no número de equipes do Programa Saúde da Família, 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 20 residências multiprofissionais em Saúde da Família, além de mais de 50 cursos de especialização na mesma área.

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

O diagnóstico era de 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 Educação Médica (Abem), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e Associação Brasileira em 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 em 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 esse início (BRASIL, 2004). Nesse sentido, o financiamento para as especializações e as residências em Saúde da Família e o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), conquistado em 2002, já apontavam nessa direção.

Com o redimensionamento do Ministério da Saúde a partir de 2003, o Departamento de Atenção Básica e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTES) iniciaram diálogos visando continuar a qualificação da Atenção Básica, iniciada no ano anterior. Estabeleceram-se as bases de atuação política e se elegeu como foco a integralidade, uma das bandeiras do Movimento da Reforma Sanitária, considerando-a como a que menos havia avançado desde a criação do SUS. Muitas iniciativas são assumidas, porém, agora ampliadas ou reconfiguradas, como a constituição dos Polos de Educação Permanente ou a criação do Pró-saúde.

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 (da básica à alta complexidade) sob uma única secretaria demonstram esse avanço. Mas é na política de educação em saúde que a modificação é mais evidente.

É criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com dois departamentos que unificam a gestão do trabalho e a educação em saúde, este último organizado no Departamento de Gestão da Educação na 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 essa 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, em que não são ouvidos os estudantes; e

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 nessa direção, cria-se o Humaniza SUS, o Ver SUS e o Aprender SUS. Assim, o SUS passa a ser realmente uma prioridade.

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 do 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 com o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde do Instituto de Medicina Social da UERJ (Lappis), se deflagra o processo de utilizar a integralidade como eixo para as mudanças curriculares em todo o Brasil.

Portanto, em 2004, deflagram-se estes dois processos integrados: o dos Polos de Educação Permanente e o do Aprender SUS, como um redesenho para que se possa "desentortar" o estilo de pensar ainda hegemônico na saúde do Brasil. A esperança de manutenção dessa 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 o Pró-saúde (Figura 4), que inicialmente amplia a mudança na formação dos profissionais que deverão atuar na equipe básica (enfermeiros e dentistas) e, posteriormente, nas 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). Esse outro projeto se chama PET-Saúde.

Figura 4 – Pró-saúde
Fonte: PRÓ-SAÚDE, 2010.

Ampliam-se e legalizam-se as residências multiprofissionais em Saúde da Família, financiadas pelo Ministério da Saúde, inclusive em Santa Catarina. 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 o objetivo de contribuir para a qualificação profissional e o auxílio aos procedimentos assistenciais da Rede de Atenção Básica.

Nesse período é incorporado definitivamente o dentista na equipe básica, com a formação das equipes de Saúde Bucal, e cria-se o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. É importante saber que a primeira proposta nessa direção foi a Portaria nº 1.065/GM, publicada em 4 de julho de 2005, criando os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família (Naisfs). É isso mesmo, Naisf com I, em função de se ter assumido como diretriz a integralidade. Essa proposta tinha como diretrizes a integralidade, a multiprofissionalidade associada à transdisciplinaridade, a base territorial, a promoção de saúde, a humanização e a promoção do autocuidado e do fortalecimento da cidadania. Seu foco de trabalho era orientado para a lógica da atenção integral, mas enfatizando a alimentação/nutrição, a atividade física, a saúde mental, a reabilitação e o serviço social. Os núcleos foram pensados para cada 40 mil pessoas, exceto na Amazônia Legal, onde seriam para cada 30 mil pessoas. Tinham sido pensadas oito profissões, não incluindo nenhuma especialidade médica. O objetivo era qualificar a Atenção Básica, aumentar a resolubilidade e buscar a integralidade das ações. Podia-se pensar em estabelecer núcleos com pelo menos quatro composições diferentes. Um núcleo completo com pelo menos cinco profissões, ou aqueles com ênfase em saúde mental, alimentação e nutrição, ou ainda aqueles com ênfase em serviço social. Alguns municípios chegaram a desenhar suas propostas de trabalho, mas, com as mudanças ocorridas no âmbito do Ministério da Saúde, esse projeto foi novamente para a “gaveta, em hibernação”.

A iniciativa mais recente do Ministério da Saúde em direção à formação e à 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.

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 foi a oferta do curso de Especialização em Saúde da Família para os médicos, os dentistas e os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. A partir deste, outros cursos foram incluídos e ofertados por diferentes universidades conveniadas em todo Brasil. Em 2016, o sistema UNASUS é composto por uma rede colaborativa, representada por pelo menos 35 instituições de ensino superior e ainda outros recursos que podem apoiar o profissional de saúde na sua atuação, que são o Acervo de Recursos Educacionais em Saúde - ARES e a Plataforma Arouca.

Para acessar os recursos do ARES basta acessar o link: https://ares.unasus.gov.br/acervo

Para saber mais sobre a Plataforma Arouca basta acessar o link: https://arouca.unasus.gov.br/plataformaarouca/Home.app

Todos os cursos são oferecidos na modalidade de educação a distância, por facilitar o acesso dos profissionais de saúde aos cursos, que possuem diversos níveis de capacitação acadêmica (Brasil, 2016)

Retomando nossa linha do tempo, no âmbito da organização dos serviços, é somente em 2008 que, enfim, começa a operacionalizar-se aquele sonho de 1993. Visando apoiar a ESF, ampliar a resolubilidade, a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, o MS recriou, em 2008, uma das propostas imaginadas para qualificar a APS. Com a Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa portaria passa para 13 o número de categorias profissionais integrantes do NASF, sendo oito mantidas do projeto de 2005 – assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional –, acrescidos de cinco especialistas médicos – ginecologista, pediatra, acupunturista, homeopata e psiquiatra.

Dando continuidade à implantação dessa estratégia de qualificação da Atenção Básica, em 2011, com a nova Política Nacional de Atenção Básica, ocorre mais uma expansão no quadro de profissionais que compõem o NASF, incluindo novas categorias: médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, arte educador e sanitarista. A responsabilidade das equipes NASF se vincula à potencialização e ao reforço das nove diretrizes do SUS: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização. Sua forma de atuação mais importante será como apoio matricial. Sobre a constituição das equipes NASF e seu processo de trabalho vinculado à ESF, você pode aprofundar no Módulo Processo de Trabalho.

3.6 Os 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 e novos parâmetros de financiamento dos serviços. Entretanto, não podemos esquecer que esses 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 disso 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 se destaca 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 esse momento marca uma luta de duas décadas, pois somente 21 anos após a conquista no texto constitucional é que o Executivo cria um instrumento legal para consolidar essa conquista social.

Esse 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. Essa 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, a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Uma das primeiras definições que traz essa nova política é a reafirmação da ESF como modo prioritário para a reorganização da Atenção Básica no Brasil. Nesse 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, a 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 das necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

A nova política baseia-se em alguns dos princípios do SUS e reforça-os, 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:

1. ter território adstrito para favorecer o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais;
2. 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 a corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde;
3. adscrever 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;
4. coordenar a integralidade, buscando 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 esses fins; e ampliação da autonomia dos usuários e das 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; e
5. 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 e que a qualificação dessa estratégia deve se configurar num processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais.

Nesse sentido, resgata a ideia da rede hierarquizada e regionalizada de saúde, adotando as Redes de Atenção à Saúde 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 e coordenando o cuidado, e atendendo às 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 dos princípios que regem o SUS e alguns de seus dispositivos legais e operacionais para sua concretização na prática. Você conseguiu chegar a essa reflexão?

Saiba mais

Recomendamos que você assista o trailer e o resumo do filme, produzido pelo Ministério da Saúde, sobre a história das políticas de saúde no Brasil.

POLÍTICAS de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde. O filme foi uma Produção da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, da Organização Pan-Americana da Saúde, da Universidade Federal Fluminense e da Fundação Euclides da Cunha. Direção de Tapiri Cinematográfica. Brasília, 2006. 1 DVD (60 min). O resumo foi produzido por Hudson Eygo, pelo centro Universitário Luterano de Palmas e está disponível em: <http://ulbra-to.br/encena/2013/08/20/Politicas-de-Saude-No-Brasil-um-seculo-de-luta-pelo-direito-a-saude>. Acesso em 11 mar. de 2016. E o trailer está disponível em: <https://filmow.com/politicas-de-saude-no-brasil-um-seculo-de-luta-pelo-direito-a-saude-t20712/>. Acesso em 11 mar. 2016.

Sobre o Sistema Único de Saúde:

Para aprofundar seu conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde leia os artigos:

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/pdf/csp/v25n7/20.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

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.scielosp.org/pdf/csp/v25n7/21.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

REFERÊNCIAS

AROUCA, S. **Reforma Sanitária.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. Disponível em: <http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>. Acesso em: 09 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2011. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/legislacoes.jsp>. Acesso em: 09 mar. 2016.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório final**... Brasília, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 09 mar. 2016.

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

DA ROS, M. A. **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.

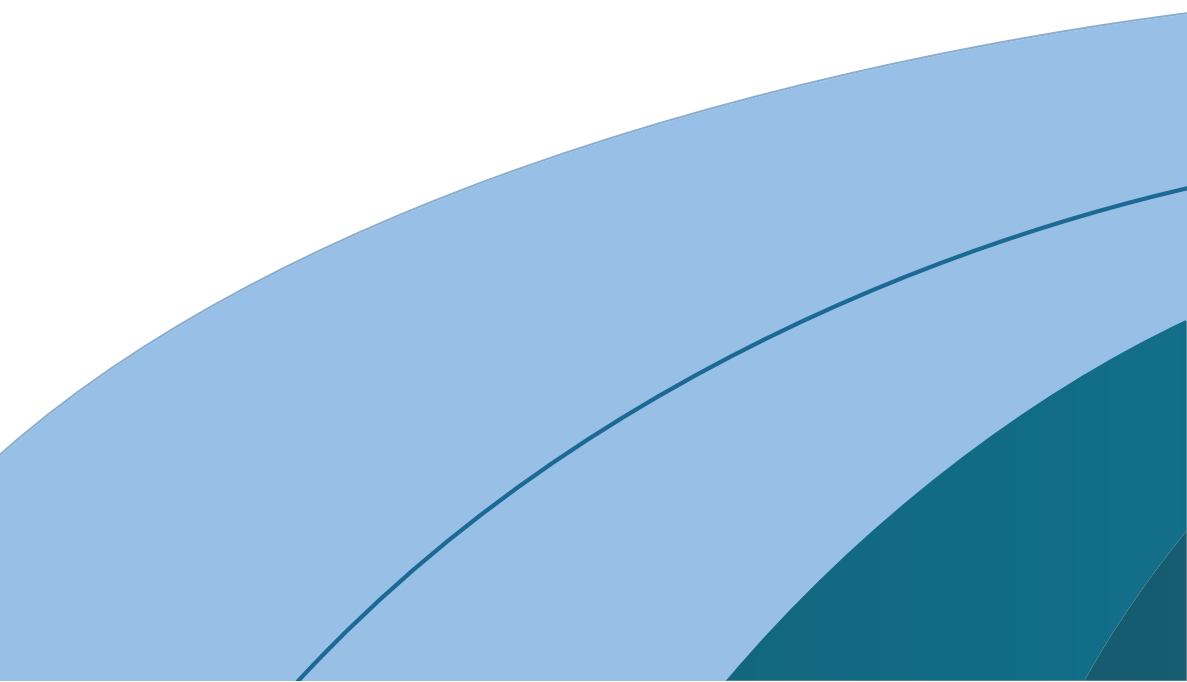
_____. **Estilos de pensamento em saúde pública:** um estudo da produção da FSP e ENSP/FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da Epistemologia de Ludwik Fleck. 2000. 207 f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

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

MENDONÇA, D. Blog do Crato [Internet]. O Brasil da inversão de valores: Collor agora é imortal em Alagoas. Crato, CE, 24 out. 2009. Disponível em: <http://blogdocrato.blogspot.com.br/2009/10/o-brasil-da-inversao-de-valores-collor.html>. Acesso em: 09 mar. 2016.

PRÓ-SAÚDE. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Disponível em: <http://prosaude.org/>. Acesso em: 09 mar. 2016.

Unidade 4



4 ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE E ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

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 o modelo brasileiro da Atenção Básica de Saúde (ABS), o qual se estrutura a partir da Estratégia Saúde da Família. Para tal, apresentaremos as concepções de APS e ABS.

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. 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 consequências. Sim, suas consequências! 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 de Saúde. 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 de 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 nessa 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 seja 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 tampouco 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-se 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.

Observe que, aqui, quando nos referimos às forças conservadoras e progressistas, os primeiros estão preocupados com os custos do setor da 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** - com generalistas em comunidades;

b) **secundário** - com especialistas atuando em ambulatórios; e

c) **terciário** - com especialistas vinculados à atenção hospitalar.

Segundo o 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 e a integração das concepções curativista e preventivista fundamentaram as discussões na formação de vários sistemas de saúde.

Parece lógico que devemos entender essa teoria dentro do contexto histórico em que foi desenvolvida. Não podemos esperar, para a época, algo que não fosse médico-centrado, tampouco 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 sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata (antiga URSS), 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. 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 (OMS, 1978).

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 intersetorialidade, os medicamentos essenciais, o trabalho em equipe, dentre outros elementos, são abordados no documento.

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, desenvolvido 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 os entende como hierarquicamente subjugados à forma como nossa sociedade se organiza. Tampouco nega os desencadeadores etiológicos, mas os situam como componentes dos condicionantes e esses como servis 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 considerado 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 neste 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, consequentemente, 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 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 graus 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, a 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 (CLSs), é premissa 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. Ousaríamos 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, ouvidoria, corresponsabilização e 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 o 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 5), 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".

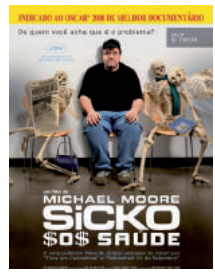


Figura 5 – SOS Saúde
Fonte: SICKO, 2007.

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.

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, quer seja 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 como "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 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 o 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 na 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 na prevenção de doenças. Um entendimento de saúde–doença como processo e sua determinação social têm 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, reconhecem 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 demonstra o Quadro 7 a seguir.

Concepção de saúde e de doença	Ações de saúde	Epidemologia	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 7 – 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. Essa afirmação é sustentada na premissa de ter ou não 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 e 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 12 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 são seguidas, 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; e
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 essas 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.

Saiba mais

ARTIGO:

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.br/pdf/csc/v8n2/a18v08n2.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, apresentamos a você as concepções de Atenção Primária da Saúde, o conceito e sua importância para a política pública de saúde no Brasil, onde se assume a denominação de Atenção Básica de Saúde. Você estudou também características, eixos e diretrizes da Atenção Primária da Saúde. Nosso objetivo foi propiciar uma reflexão sobre o conceito, as características, os eixos e as diretrizes da Atenção Primária da Saúde e sua relação com o modelo brasileiro da ABS, que se estrutura a partir da Estratégia Saúde da Família. Você conseguiu chegar a essa reflexão? Atingiu os objetivos propostos?

REFERÊNCIAS

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

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.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018>. Acesso em: 09 mar. 2016.

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, Florianópolis, 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.

SHI, L. Primary Care, Specialty Care, and Life Chances. **International Journal of Health Services**, Nova York, n. 24, p. 431-458, 1994.

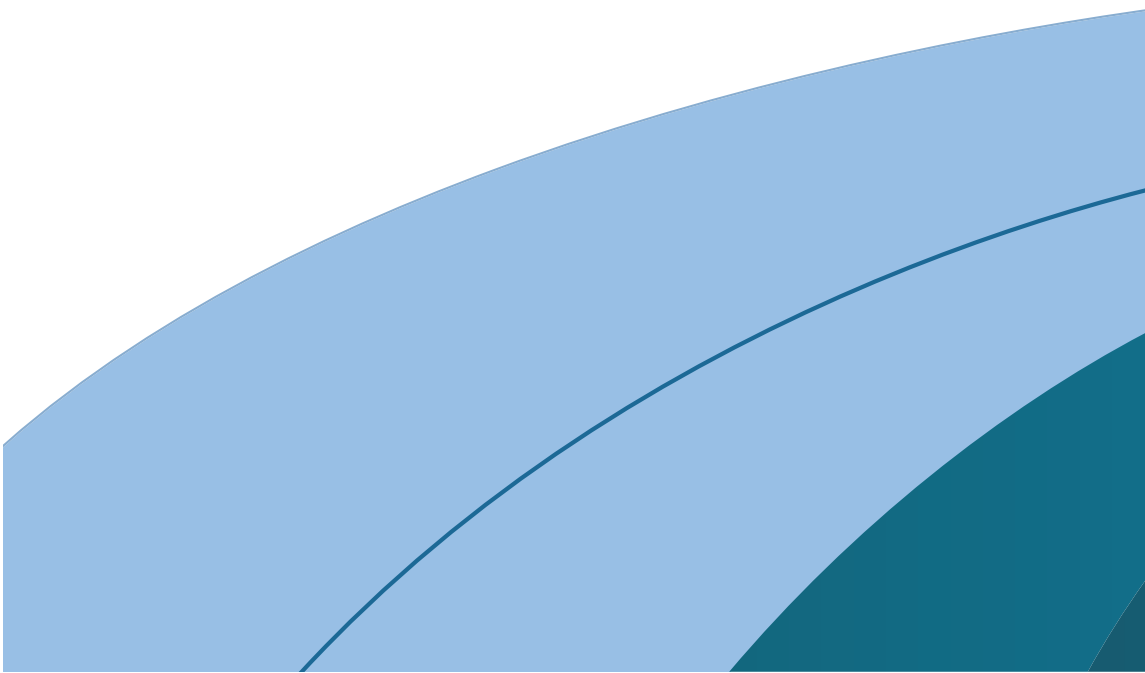
SICKO. SOS Saúde. Direção: Michael Moore. Produção: Michael Moore e Meghan O'Hara. Intérpretes: Michael Moore; Reggie Cervantes; John Graham; William Maher e Linda Peeno. Roteiro: Michael Moore. Estados Unidos da América , 2007. 1 DVD (113 min).

STARFIELD, B. 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.

_____. **Atenção Primária:** equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco, 2002.

Unidade 5



5 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COMO OPÇÃO POLÍTICA E MODELO DE ATENÇÃO

Nesta unidade, analisaremos esta questão focando a realidade brasileira e a Estratégia Saúde da Família. Fique atento a todo o percurso e sua complexidade.

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. 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, 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 despretensiosa, 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, consequentemente, a intervenção sobre ela perde sentido.

O fato é que, da maneira como foi concebido, o PSF tem como princípio atender muito mais a comunidade do que a família propriamente dita. A base é territorial, não familial, 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 familial 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 familial no PSF, ele não existe, a base do PSF é o território onde vivem famílias compostas de pessoas.

Retornando ao foco principal, alguns autores reconhecem que o PSF tinha a intenção de incidir sobre a organização do SUS e a municipalização da integralidade, atendendo, prioritariamente, os 32 milhões de cidadãos identificados no Mapa da Fome do Ipea (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2007; SANTANA; CARMAGNANI, 2001). 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 ao 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 a 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 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; e

c) selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais, conforme legislação vigente.

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. O PSF deixou de ter as limitações de um programa focal e 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 freqüência 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 eqüidade 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 principal eixo;
e) promoção da saúde como ação nuclear;
f) resposta à determinação social;
g) interdisciplinaridade na relação da equipe;
h) intersetorialidade; e
i) participação social.

Em 2011, o Ministério da Saúde reafirma a centralidade da Atenção Primária da 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 mais adiante.

5.2 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 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; à organização do acesso ao sistema, à integralidade do atendimento, à conscientização da população sobre as principais enfermidades locais e seus determinantes, e ao incentivo à participação da população no controle do sistema de saúde.

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; e

c) pautar suas ações entendendo a família como espaço social e respeitando suas potencialidades e seus 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 à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e nos protocolos da gestão local;

e) garantir a atenção à 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 à primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e à identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, responsabilizando-se 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 essa 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, das coletividades e da própria comunidade;

j) realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e a 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 com 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; e

r) realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

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

a) existência de equipe multiprofissional (Equipe de Saúde da Família) composta de, 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 essa 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 ACSs e de 12 ACSs 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, quatro mil pessoas, sendo a média recomendada de três mil, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, considerando 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 uma ESF, exceção feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em no máximo duas ESFs e com carga horária total de 40 horas semanais; e

e) carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da Equipe de Saúde da Família, à exceção dos profissionais médicos. A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na Equipe de Saúde da Família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 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 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 essa configuração são denominadas Equipes Transitórias, sendo recomendado que se responsabilizem por uma população de 2.500 pessoas e, tão logo tenham condições, transitem para um dos formatos anteriores que preveem horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> acesso em 6 fev. 2016), de dezembro de 2015, 40.162 equipes foram implantadas em 5.463 municípios, o que corresponderia a cobertura de 4.173.035,31 milhões de pessoas. Além disso já havia implantadas 22.227 equipes de Saúde bucal em 5.014 municípios, aumentando consideravelmente a cobertura populacional. No mesmo período, 266.217 ACSs estavam em atividade, em 5.504 municípios. A partir de 2008, verifica-se a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em todo território nacional, sendo distribuídos, em agosto de 2011, 1.498 NASFs (1.353 NASF 1 e 145 NASF 2) em 975 municípios. Em 2015, já haviam 4.288 NASFs (2.434 NASF 1, 851 NASF 2 e 1.003 NASF 3).

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 e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

5.3 O apoio às Equipes da ESF: uma estratégia prioritária

Como já referido em nosso curso, a Saúde da Família caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde e vem provocando um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS. Visando apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a resolutividade, a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primaria, além dos processos de territorialização e regionalização, o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, com a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 (BRASIL, 2009). Você pode acessar a Portaria por meio do sítio <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>.

O NASF, cuja implantação inicia em 2008 com fomento federal, representa um marco importante na ampliação das possibilidades de alcançar melhores resultados em saúde, com o enfoque na promoção da saúde e no cuidado à população. Com a inclusão dos novos profissionais de saúde, vinculados às Equipes de Saúde da Família, conforme Mendonça (2009), aumenta assim a possibilidade de responder aos novos e antigos desafios da morbidade dos brasileiros.

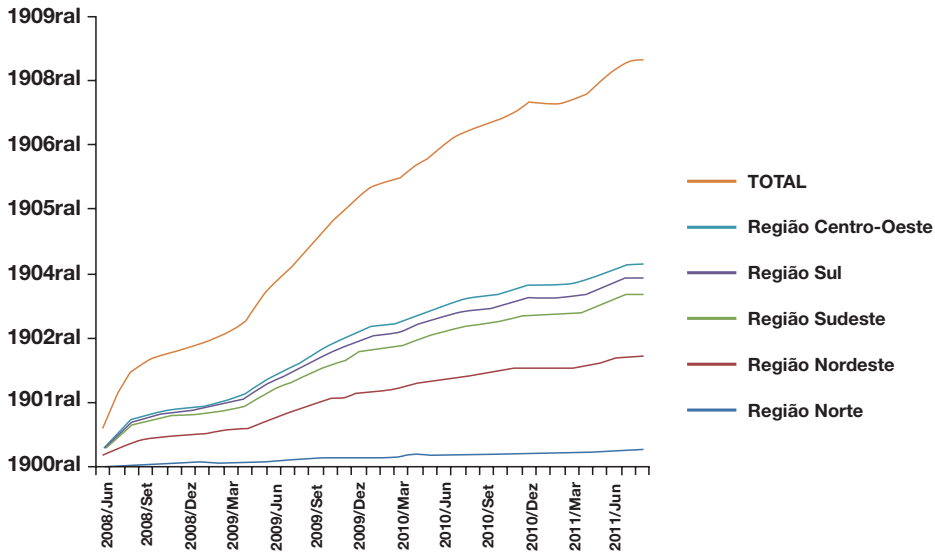


Gráfico 2 – Evolução temporal da implantação das Equipes de NASF no Brasil, por região, 2008-2011
Fonte: BRASIL, 2011.

O simples cálculo do número de Equipes da ESF implantadas até dezembro de 2015, e do número de Equipes de NASF evidencia a relação de uma Equipe de NASF para cada nove Equipes da ESF, revelando uma demanda de cerca de 4.462 Equipes de NASF. Dessa forma, existe "ainda" um déficit de 174 Equipes de NASF, revelando o potencial para expansão.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) declara que o NASF foi criado com o objetivo de ampliar o escopo, a abrangência e a resolutividade das ações da APS, com atuação integrada a dos profissionais da ESF, não se constituindo como centro ou unidade de referência. A atuação dos profissionais do NASF jamais deve se dar como um serviço especializado, uma vez que seu processo de trabalho deve apoiar as Equipes da ESF em temas e populações específicas, através do apoio matricial, dentro de seu território de abrangência.

Os casos da ESF passam a ter apoio de cada área profissional que compõe o NASF, compartilhando o acompanhamento longitudinal do usuário na Rede de Atenção à Saúde do município, uma vez que deve articular ações da ESF e de outros serviços como Centro de Atenção Psicossocial (Caps), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), redes sociais e comunitárias, entre outros.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011) aponta que o NASF tem como fundamento ideológico a integralidade do cuidado aos usuários, com uma visão ampliada da clínica, ou seja, a saúde depende de fatores além dos biológicos, cuja atuação dos profissionais de saúde deve levar em conta e intervir.

As ações dos profissionais da APS, ou seja, os profissionais da ESF em conjunto com os do NASF, necessariamente desenvolverão:

- discussão de casos;
- atendimento conjunto;
- construção conjunta de projetos terapêuticos;
- ações de educação permanente;
- intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade;
- ações intersetoriais;
- ações de prevenção e promoção da saúde;
- discussão do processo de trabalho das equipes etc.

A intervenção do NASF deve priorizar o apoio matricial às Equipes da ESF, mas também as intervenções coletivas de promoção, prevenção e acompanhamento de grupos sociais em vulnerabilidade. Um exemplo claro dessa função está na utilização das Academias de Saúde, que podem se tornar espaços além da prática física.

O NASF deve ser constituído por equipes compostas de profissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das Equipes de Saúde da Família nos quais o NASF está cadastrado (BRASIL, 2009).

A Equipe de NASF/ESF tem como responsabilidade central atuar e reforçar as diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização (BRASIL, 2009).

A Equipe de NASF/ESF, em sua atuação, deverá criar espaços de discussão para gestão do cuidado, como, por exemplo, reuniões e atendimentos conjuntos constituindo processo de aprendizado coletivo. Dessa maneira, o NASF não se constitui porta de entrada do sistema para os usuários, mas apoio às Equipes de Saúde da Família, e tem como eixos a responsabilização, a gestão compartilhada e o apoio à coordenação do cuidado que se pretende oferecer aos indivíduos e às famílias (BRASIL, 2009).

Importante saber que o NASF está dividido em nove áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, alimentação e nutrição, saúde mental, serviço social, saúde da criança/do adolescente e do jovem, saúde da mulher e assistência farmacêutica (BRASIL, 2009).

Obviamente, o trabalho articulado entre NASF e ESF deve ter como suporte a referência e a contrarreferência para média e alta complexidade, de forma que o NASF seja um potencializador da Rede de Atenção à Saúde, tal qual preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011). Mas é fundamental que se tenha em mente que as ações de apoio à Saúde da Família devem reduzir os encaminhamentos, e não servir como mais uma instância de referência ou para novo encaminhamento a outros serviços, uma vez que a promoção de saúde fortalecerá a saúde da comunidade ao intervir nos determinantes do processo saúde–doença.

À medida que se amplia o elenco de serviços pela inserção das nove áreas de atuação do NASF, devem ser consideradas a expansão do acesso e a entrada do profissional nos domicílios das famílias, possibilitando um contato próximo com a comunidade e a escuta de novas demandas que antes não chegavam ao profissional e ao serviço (SUNDFELD, 2010). No entanto, a inserção das áreas de atuação do NASF modificará o perfil da demanda em dimensões que transcendem a organização e a estrutura do serviço e desafiam o instituído, inclusive o saber-fazer do profissional tradicional.

Nesse sentido, o planejamento legitimado na territorialização, conforme seus pressupostos de coordenação do cuidado, gestão das equipes e conhecimento dos perfis epidemiológicos, reforçará o processo acesso–demanda–cura instituído na ESF (BRASIL, 2009).

Na relação dialógica entre saber-fazer, percebe-se a ausência de capacitação dos profissionais da equipe para o trabalho compartilhado, com pouco conhecimento sobre o trabalho em Saúde da Família e em relação ao próprio território em que estão imersos. Para cobrir essa lacuna, a educação permanente é um importante instrumento que tem reflexos na demanda dos serviços, uma vez que modifica o diagnóstico e a intervenção diante das necessidades, a partir dos problemas identificados em sua prática diária (BRASIL, 2004; CECCIM, 2005).

As deficiências na formação dos profissionais para as práticas na ESF extrapolam os saberes técnicos das profissões, uma das principais justificativas para o apoio matricial do NASF. Capacitar os profissionais que hoje estão trabalhando na ponta é fundamental para que eles possam atuar de forma coerente com os princípios que norteiam a ESF, reestruturando a lógica do atendimento (LUDKE; CUTOLO, 2010). Até porque, como colocado anteriormente, a desarticulação nas ações da equipe pode criar uma sobrecarga na demanda.

Outra perspectiva que modula a demanda são os novos desafios do perfil brasileiro de morbimortalidade, com a ampliação das necessidades de saúde, uma vez que há envelhecimento populacional (MENDES, 2009), aumento da carga de doenças crônicas e não transmissíveis (FRENK, 2006; MENDES, 2009) e uma patente medicalização social (MENDONÇA, 2009; TESSER; POLI; CAMPOS, 2010).

Esse novo panorama entra exatamente na questão da articulação entre o NASF e a ESF como um espaço privilegiado para ações em promoção de saúde e prevenção de doenças, uma vez que profissionais, tais como o nutricionista, o fisioterapeuta, o assistente social, o psicólogo e o educador físico, detêm conhecimentos importantes para a abordagem dessas novas demandas, tanto em termos preventivos como curativos, devendo atuar de maneira articulada com os profissionais da ESF.

Relativizando entre ESF e complexidades da equidade na APS, Senna (2002) coloca os atendimentos em alta escala como face das grandes heterogeneidades culturais, sociais, econômicas, políticas e administrativas que marcaram a história do Estado Nacional brasileiro, tradicionalmente alijadas do acesso a um mínimo de garantias sociais. Nesse ensejo, a APS, como todo o SUS, é capaz de conduzir a sociedade na definição dos seus direitos, incorporando os conceitos de empoderamento e capital social, ou seja, toda a sociedade brasileira recebendo o mesmo tipo de atenção à saúde (MENDONÇA, 2009). O NASF, principalmente pela presença do Assistente Social, apresenta-se como um importante dispositivo que tem como uma de suas funções a articulação dos serviços da APS junto às demandas socioeconômicas que incidem na saúde da comunidade (BRASIL, 2009).

Dada a organização do modelo assistencial da APS, a demanda por cuidados aos indivíduos e às famílias insere-se não somente nos aspectos curativos, mas também associada e influenciada pelas relações socioeconômicas e ambientais, inseridas no trabalho, na educação, na moradia, no meio ambiente, entre outros (GIOVANELLA, 2008). Existem constantes incentivos do poder público federal na renovação das práticas, em especial no que se refere à ESF (HORTA, 2009) e ao NASF (BRASIL, 2009).

A ESF como estratégia pública, articuladora dos cuidados primários de saúde do indivíduo, da família e da comunidade, deveria percorrer e ao mesmo tempo transformar caminhos que levassem em conta os determinantes sociais da saúde de dada comunidade. Concomitantemente, o NASF tem aporte legal e instrumental passíveis de aproximação dessa realidade, desde que se configurasse em apoio matricial efetivo para e com as Equipes da ESF.

A demanda de atendimentos, multifacetados ou em alta contingência, sobre uma equipe multiprofissional descortina significados singulares sobre a prática na ESF. Essa extrapola e remonta o próprio objeto de trabalho, colocando em xeque a legitimidade das ações em equipe e a sua capacidade em lidar com essa realidade.

Mesmo com a ampliação dos serviços e das equipes na APS, a demanda ainda constitui-se um fator a ser estudado e transformado para que o acesso integral a serviços que resolutivamente transformem a vida e o viver do cidadão seja uma

realidade com o apoio do NASF e da ESF. Há que se repensar a ação de todos os envolvidos na problemática – a comunidade, os profissionais da saúde e os gestores –, objetivando uma pactuação política entre as partes e a efetiva produção de saúde para a população adscrita, além da demanda clínico-curativa (SENNA, 2002).

5.4 O apoio à ESF a partir da Equipe do NASF – legislação e diretrizes

Sabemos que estudar a legislação normalmente é cansativo, pouco estimulante. Porém, precisamos entender que é no âmbito legal que se garantem os principais avanços conquistados na luta política e que irão sustentar as bases de nosso trabalho.

O SUS ideal, aquele sonhado pelo Movimento da Reforma Sanitária, transformou-se no SUS legal, aquele inscrito na legislação, mas ainda está longe de ser o SUS real, aquele que de fato acontece no cotidiano dos serviços de saúde. Perceba que o mesmo ocorre com o percurso de construção do NASF, há um NASF inicial que se transformou no NASF legal, mas que precisa avançar muito para se tornar o NASF real.

Então, convidamos você a conhecer a legislação que dá sustentação ao NASF para que possa comparar com a realidade e refletir sobre os obstáculos e as potencialidades do seu trabalho para a transformação do SUS.

A Atenção Básica deve ser o contato e a porta de entrada preferencial dos cidadãos no Sistema Único de Saúde, através do trabalho desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (Equipes de Atenção Básica).

O processo de trabalho dessas equipes deve estar sustentado na busca pela longitudinalidade e pela integralidade da atenção, pela coordenação da assistência e pela participação comunitária. Portanto, o conjunto de ações por elas desempenhadas é complexo e cotidianamente se reconstrói diante das necessidades identificadas nos territórios pelos quais são responsáveis.

Com a intenção de oferecer apoio nessa construção permanente do cuidado, ampliando e qualificando as ações oferecidas e buscando aumentar a resolubilidade da Atenção Básica através de ações com foco em usuários e equipes de saúde vinculadas, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família em 2008.

Saiba mais

PORTARIA:
É importante procurar mais informações. Para isso, acesse a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, por meio do site <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>.
E a Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que traz uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, abrindo a possibilidade de qualquer município do Brasil faça implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família. Acesse por meio do site: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html

Considerado um dispositivo inovador que deve promover mudanças na forma de produzir cuidado, o NASF é formado por profissionais de diferentes áreas de conhecimentos, entre generalistas e especialistas, e parte integrante da Atenção Básica, mas não se constitui como porta de entrada do SUS ou como unidade de serviços independentes ou especiais.

Sua lógica de trabalho deve estar pautada no apoio matricial às Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica vinculadas, considerado um novo modo de produzir saúde a partir do compartilhamento de responsabilidades e práticas entre diferentes equipes, utilizando-se de suas duas dimensões – técnico-pedagógica e assistencial. Nessa relação, as equipes criam propostas conjuntas de intervenção pedagógico-terapêutica a partir de necessidades identificadas conjuntamente a fim de qualificar o cuidado oferecido na Atenção Básica.

Nesse sentido, NASF e equipes vinculadas devem buscar o compartilhamento de saberes e práticas nos territórios e nas Unidades de Saúde às quais estão integrados, buscando estabelecer mecanismos que fortaleçam o papel da equipe de referência – Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica – como coordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.

Na prática

Sabemos que na prática cotidiana, em muitos casos, não foi assim que ocorreu ou está ocorrendo. Ainda é tempo de reavaliarmos e acertarmos o rumo da integração. Onde ela está ocorrendo, tanto as equipes como a população ficam muito mais satisfeitas.

Nessa articulação, é importante estabelecer relações horizontalizadas, dialógicas e permeadas pela solidariedade e pela cooperação entre todos os envolvidos,

construindo a corresponsabilidade pelo cuidado. Portanto, utilizando-se de processos de cogestão, é necessário que os profissionais de ambas as equipes estejam permeáveis para essa construção permanente.

Em cada realidade, o NASF pode ser constituído por diferentes profissionais, a depender da necessidade evidenciada. Recentemente, a nova Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011) ampliou o escopo desses profissionais, podendo dele fazer parte:

- assistente social;
- farmacêutico;
- fisioterapeuta;
- fonoaudiólogo;
- médico acupunturista;
- médico geriatra;
- médico ginecologista/obstetra;
- médico homeopata;
- médico internista (clínica médica);
- médico pediatra;
- médico psiquiatra;
- médico veterinário;
- nutricionista;
- psicólogo;
- profissional de Educação Física;
- profissional com formação em Arte e Educação (arte educador);
- profissional de Saúde Sanitarista; e
- terapeuta ocupacional.

O profissional sanitarista é aquele graduado na área da saúde com pós-graduação em Saúde Pública ou Coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

Para a definição e a revisão das categorias profissionais que comporão ou compõem o NASF, é imprescindível o monitoramento das necessidades de saúde de cada território e das maiores dificuldades enfrentadas pelas Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica cotidianamente. É necessário, ainda, incluí-las em um processo de discussão para essa definição, uma vez que são elas quem verdadeiramente conhecem o território e as áreas/demandas que precisam de mais apoio, identificando as categorias profissionais do NASF que melhor possam contribuir para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados.

Dependendo do número de Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica vinculadas, foram definidas inicialmente, em 2011, duas modalidades e a partir de 2012, três modalidades de NASF para recebimento de incentivo federal, não recebendo tal incentivo a implantação de mais de uma modalidade concomitantemente nos municípios (BRASIL, 2012).

NASF 1:

- vinculado a no mínimo oito e no máximo 15 Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica (excepcionalmente, municípios com menos de 100 mil habitantes dos estados da Amazônia Legal e do Pantanal Sul-Mato-Grossense poderão vincular o NASF 1 a no mínimo cinco e no máximo nove equipes);
- a soma das cargas horárias dos profissionais que compõem a equipe deve ser de no mínimo 200 horas semanais;
- nenhum profissional deve ter carga horária menor do que 20 horas semanais; e
- cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 80 horas de carga horária semanal.

Ou seja, cada NASF 1 pode ser formado por cinco profissionais cumprindo 40 horas semanais ou até 10 profissionais com jornada semanal de 20 horas.

NASF 2:

- vinculado a no mínimo três e no máximo sete Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica;
- a soma das cargas horárias dos profissionais que compõem a equipe deve ser de no mínimo 120 horas semanais;
- nenhum profissional deve ter carga horária menor do que 20 horas semanais; e
- cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20 horas e no máximo 40 horas de carga horária semanal.

Ou seja, cada NASF 2 pode ser formado por três profissionais cumprindo 40 horas semanais ou até seis profissionais com jornada semanal de 20 horas.

NASF 3:

Com a publicação da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o Ministério da Saúde criou uma terceira modalidade de conformação de equipe: o NASF 3, abrindo a possibilidade de qualquer município do Brasil faça implantação de equipes NASF, desde que tenha ao menos uma equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2016).

Vinculado a no mínimo 1 e no máximo 2 Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica.

- a soma das cargas horárias dos profissionais que compõem a equipe deve ser de no mínimo 80 horas semanais;
- nenhum profissional deve ter carga horária menor do que 20 horas semanais; e
- cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal.

Ou seja, cada NASF 3 pode ser formado por dois profissionais cumprindo 40 horas semanais ou até quatro profissionais com jornada semanal de 20 horas.

Independentemente das ações desenvolvidas, os profissionais do NASF devem trabalhar em horários coincidentes com os horários das equipes vinculadas, através de uma lógica de atuação diferenciada daquela centrada no modelo ambulatorial de assistência, visando aumentar a capacidade resolutiva das Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica a partir da ampliação da clínica e do cuidado compartilhado.

Para isso, além do conhecimento técnico, são requisitos do NASF a responsabilidade por determinado número de Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica e o desenvolvimento de habilidades relacionadas com a Saúde da Família e os princípios e as diretrizes da Atenção Primária da Saúde Ampliada, que devem nortear suas ações, tais como:

- ação interdisciplinar e intersetorial;
- trabalho em equipe;
- educação permanente em saúde;
- planejamento, programação e execução de ações de saúde, considerando a área de abrangência de cada equipe vinculada e a área de abrangência do NASF (que engloba os territórios de todas as equipes vinculadas, de maneira integrada);
- integralidade da atenção em suas variadas facetas, principalmente por meio da ampliação da clínica, apoiando a análise e a intervenção sobre necessidades e problemas de saúde identificados;
- educação popular e saúde;

- participação comunitária e controle social;
- humanização da atenção, incluindo acolhimento;
- vigilância em saúde;
- desenvolvimento de ações pactuadas com as equipes e centradas no usuário;
- corresponsabilização pelo cuidado longitudinal, instituindo mecanismos de gestão compartilhada do cuidado conjuntamente com as equipes vinculadas; para tanto, faz-se necessário substituir os tradicionais métodos de encaminhamentos pelo compartilhamento de práticas, evitando-se a diluição da responsabilidade sanitária; e
- apoio à coordenação do cuidado que se pretende com as Equipes de Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica, consideradas equipes de referência pelo cuidado de indivíduos e famílias no SUS.

A integralidade pode ser considerada a principal diretriz a ser praticada pelo NASF, compreendida em três sentidos:

> a) abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; b) práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de c) organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população (BRASIL, 2009, p. 16).

No desenvolvimento do trabalho integrado entre NASF e equipes vinculadas, deve-se estar atento ao risco de fragmentação da atenção possível diante de um trabalho que incorpore diferentes facetas disciplinares desarticuladamente. É importante favorecer campos de entrelaçamento e fortalecimento de práticas integrais, o que pode se materializar através de relações horizontalizadas e cooperativas entre as equipes que compõem a Atenção Básica.

Nesse sentido, a compreensão de ambas as equipes sobre o modo de operar de cada uma delas é extremamente importante, possivelmente sensibilizando os profissionais para o estabelecimento de relações de um maior grau colaborativo para a produção do cuidado.

Outro aspecto que pode favorecer a integração, facilitando a organização do apoio, são as linhas de cuidado ou áreas estratégicas temáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde para atuação do NASF, conformadas pelos seguintes campos:

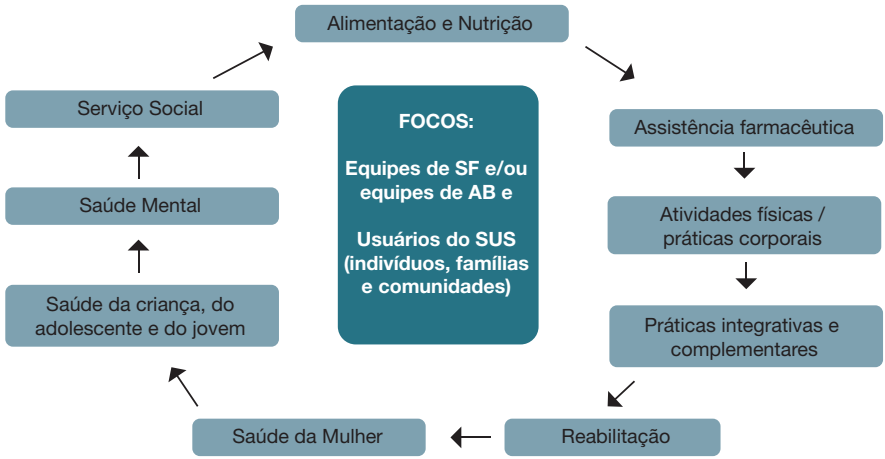


Figura 6 – Linhas de cuidado ou áreas estratégicas temáticas do NASF e respectivos focos de atuação
Fonte: BRASIL, 2009.

De acordo com as diretrizes do NASF (BRASIL, 2010), são ações mínimas que integram cada uma das linhas de cuidado do NASF as descritas a seguir.

- Ações de Atividade Física/ Práticas Corporais:

  ações que propiciem a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos agravos e dos danos decorrentes das doenças não-transmissíveis, que favoreçam a redução do consumo de medicamentos e a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa dos usuários na elaboração de diferentes projetos terapêuticos.

- Ações das Práticas Integrativas e Complementares:

  ações de acupuntura e homeopatia que visem à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, ampliando o acesso ao sistema de saúde, proporcionando incremento de diferentes abordagens e tornando disponíveis outras opções preventivas e terapêuticas aos usuários do SUS.

- Ações de Reabilitação:

  ações que propiciem a redução de incapacidades e deficiências com vistas à melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, favorecendo sua reinserção social, combatendo a discriminação e ampliando o acesso ao sistema de saúde.

- Ações de Alimentação e Nutrição:

  ações de promoção de práticas alimentares saudáveis em todas as fases do ciclo da vida e respostas às principais demandas assistenciais quanto aos distúrbios alimentares, deficiências nutricionais e desnutrição, bem como aos planos terapêuticos, especialmente nas doenças e agravos não-transmissíveis.

- Ações de Saúde Mental:

  atenção aos usuários e a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social. Estão incluídas as ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação.

- Ações de Serviço Social:

  ações de promoção da cidadania e de produção de estratégias que fomentem e fortaleçam redes de suporte social e maior integração entre serviços de saúde, seu território e outros equipamentos sociais, contribuindo para o desenvolvimento de ações intersetoriais para realização efetiva do cuidado.

- Ações de Saúde da Criança:

  ações de atenção às crianças desenvolvidas a partir de demandas identificadas e referenciadas pela Equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, cuja complexidade exija atenção diferenciada. Ações de interconsultas desenvolvidas juntamente com médicos generalistas e demais componentes das equipes, que estejam inseridas em um processo de educação permanente. Ações de capacitação dentro de um processo de educação permanente para os diferentes profissionais das equipes e os demais atendimentos/procedimentos da área que requeiram nível de conhecimento ou tecnologia mais específico.

- Ações de Saúde da Mulher:

  ações de interconsulta desenvolvidas juntamente com médicos generalistas e demais componentes das equipes que estejam inseridas em um processo de educação permanente; ações de capacitação em serviço dentro de um processo de educação permanente para os diferentes profissionais das equipes; ações de atenção individual às mulheres, desenvolvidas a partir de demandas identificadas e referenciadas pela Equipe de Atenção Básica/Saúde da Família; cuja complexidade do caso exija atenção diferenciada; ações diferenciadas, como pré-natal de risco não habitual, cujo acompanhamento se desenvolva de maneira compartilhada com as equipes; realização de colposcopia e biópsias dirigidas, realização de cirurgias de alta-freqüência (CAF) e demais atendimentos/procedimentos da área que requeiram nível de conhecimento ou tecnologia mais específico.

- Ações de Assistência Farmacêutica:

  ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, no âmbito individual e coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional.

É importante destacar que as linhas de cuidado não se remetem a núcleos de atuação específicos e exclusivos de determinada área profissional, mas a campos que devem ser trabalhados transversalmente pelo NASF em conjunto com as equipes vinculadas.

Por exemplo, as ações de Saúde da Mulher, embora possam requerer a atuação mais específica de alguns profissionais, como o médico ginecologista, podem, e devem, ser desenvolvidas por outros profissionais, como o nutricionista, o profissional de atividade física, o psicólogo e assim por diante. Essa definição, portanto, deve ser acordada em conjunto entre NASF e equipes vinculadas, considerando-se aquele profissional que ofereça uma resposta mais adequada às necessidades de cada indivíduo, família ou comunidade, ou que possibilite um aumento da capacidade das equipes em lidar com as necessidades de seu território.

Vale destacar que, independentemente da área estratégica temática trabalhada, os profissionais do NASF devem, a partir das demandas identificadas no trabalho compartilhado com as equipes vinculadas, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, além de outras redes, como Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2011).

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) 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 neste país, mas sem negligenciar o macrocontexto. Devemos entender suas próprias limitações, mas não hesitar em sermos contra-hegemônicos.

Saiba mais

Para aprofundar a temática do apoio matricial, recomendamos:

TESE:

DOMITTI, Ana Carla Pereira. **Um possível diálogo com a teoria a partir das práticas de apoio especializado matricial na Atenção Básica de Saúde**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000414236>. Acesso em: 09 mar. 2016.

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, os eixos e as diretrizes da Atenção Primária da Saúde e a Estratégia Saúde da Família como modelo de APS no SUS. Nosso objetivo, com essa 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 essa reflexão? Atingiu os objetivos propostos?

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(8): 1727-1742, ago, 2008.

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.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Atenção à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p. (Caderno de Atenção Básica n. 27).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php>. Acesso em 09 mar. 2016.

_____. Portal da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da Saúde da Família**. 2015. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php> Acesso em: 09 mar. 2016.

_____. 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.

_____. Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 28 dez. 2012.

_____. **Atenção Básica da Saúde da Família**: resultados alcançados em 2009. Portal da Saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>. Acesso: em 12 mar. 2016

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/legislacoes.jsp>. Acesso em: 09 mar. 2016.

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.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018>. Acesso em: 09 mar. 2016.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [on-line]. 2005, vol.10, n.4, pp. 975-986.

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, Florianópolis, 2001.

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

FRENK, J. **Bridging the divide:** comprehensive reform to improve health in Mexico. Nairobi: Commission on Social Determinants of Health, 2006.

HORTA, N. C. et all. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família. **Rev. APS**, v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set. 2009.

LUDKE, L. CUTOLO, L. R. A Formação de docentes para o SUS - um desafio sanitario e pedagógico. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.1, n.1, p.88-98, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MENDONÇA, D. Blog do Crato [Internet]. O Brasil da inversão de valores: Collor agora é imortal em Alagoas. Crato, CE, 24 out. 2009. Disponível em: <http://blogdocrato.blogspot.com.br/2009/10/o-brasil-da-inversao-de-valores-collor.htmll>. Acesso em: 09 mar. 2016.

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: 09 mar. 2016.

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: 09 mar. 2016.

SENNA, M. C. M. Equidade e políticas de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p. S203-S211, 2002. Suplemento.

SHI, L. Primary Care, Specialty Care, and Life Chances. **International Journal of Health Services**, Nova York, n. 24, p. 431-458, 1994.

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

STARFIELD, B. 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.

_____. **Atenção Primária:** equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco, 2002.

SUNDFELD, A.C. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis** [on-line]. 2010, vol.20, n.4, pp. 1079-1097.

TESSER, Charles Dalcanale; POLI NETO, Paulo; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva** [on-line]. 2010, vol.15, suppl.3, pp. 3615-3624.

SÍNTESE DO MÓDULO

O módulo Saúde e Sociedade enfatiza o reconhecimento do trabalho da Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica como um processo complexo no que se refere aos saberes, às práticas e às relações envolvidas. Tal processo requer a articulação de bases teóricas (conhecimento), metodológicas (métodos e técnicas) e bases éticas, bem como a contribuição de diferentes profissionais para alcançar uma atenção integral. Nesse sentido, o percurso adotado iniciou com a apresentação dos diferentes modos de pensar e fazer saúde, como o modelo biomédico e o da determinação social da doença para, na sequência, discutir a influência da organização da sociedade no processo saúde-doença. Adentrando ao universo das políticas públicas de saúde, discutimos criticamente sobre as condições de instalação do modelo de saúde brasileiro e sobre o processo histórico de construção da atual política de saúde, o Sistema Único de Saúde. Foram apresentadas suas diretrizes e princípios, além de alguns dos dispositivos legais e operacionais para a concretização do SUS na prática. Abordou-se, também, as concepções de Atenção Primária da Saúde, suas características, eixos, diretrizes e seu sentido no âmbito do SUS, onde assume a denominação de Atenção Básica e se estrutura a partir da Estratégia Saúde da Família. Por fim, discutiu-se o trabalho na Atenção Básica, que deve se estruturar buscando acionar novas estratégias para o alcance da integralidade, com especial destaque para o potencial das ações do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

AUTORES

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 sanduíche 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, nas linhas de pesquisa 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.

http://lattes.cnpq.br/9380432028318045

Marco Aurélio 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 e Educação na 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.

http://lattes.cnpq.br/1714083442014517

Luiz Roberto Agea Cutolo

É graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina, especialista em Pediatria e doutor em Educação pela mesma universidade. É professor adjunto do Departamento de Pediatria e subcoordenador do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina. É 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; e pesquisador nas áreas de Educação Médica, Interdisciplinaridade, Atenção Primária da Saúde e Epistemologia das Ciências da Saúde.

http://lattes.cnpq.br/9742453607223778

Thaís Titon de Souza

É graduada em nutrição, especialista em Saúde da Família (modalidade residência) e mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência nas áreas de Nutrição e Saúde Coletiva. É nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis atuando no Núcleo de Apoio à Saúde da Família do Distrito Sul.

http://lattes.cnpq.br/9092537785859478

Ministério da Saúde

Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina