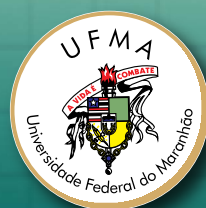


MÓDULO 2 • UNIDADE 2

SAÚDE E SOCIEDADE:

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS



MÓDULO 2 • UNIDADE 2

SAÚDE E SOCIEDADE:

O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS

São Luís
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

Copyright @ UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Universidade Federal do Maranhão - UFMA Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS

Praça Gonçalves Dias Nº 21, 1º andar, Prédio de Medicina (ILA)
da Universidade Federal do Maranhão – UFMA

Site: www.unasus.ufma.br

NORMALIZAÇÃO:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva. CRB 13ª Região Nº Registro – 453.

REVISÃO TÉCNICA:

Claudio Vanucci Silva de Freitas, Judith Rafaelle Oliveira Pinho.

REVISÃO ORTOGRÁFICA:

João Carlos Raposo Moreira

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Saúde e sociedade: o processo de construção do SUS/Paola Trindade Garcia (Org.). - São Luís, 2014.

17f. : il.

1. Saúde e sociedade. 2. Atenção Básica à Saúde. 3. SUS/saúde pública. 4. UNA-SUS/UFMA.I. Freitas, Claudio Vanucci Silva de. II. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. III. Título.

614.2

SUMÁRIO

UNIDADE 2

2 SAÚDE E SOCIEDADE: O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO SUS	6
2.1 Modelos de atenção à saúde	6
2.2 Sistema único de saúde	12
REFERÊNCIAS	16

UNIDADE 2

2 Saúde e sociedade: o processo de construção do SUS

Há um amplo debate no Brasil sobre qual seria o modelo de atenção ideal para organizar a rede de Atenção Básica, viabilizando, na prática, as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Neste livro, pretendemos realizar algumas discussões sobre os modelos de atenção à saúde, bem como evidenciar elementos do Sistema Único de Saúde.

2.1 Modelos de Atenção à Saúde

A proposta de um sistema de saúde formulado para considerar a prevalência de problemas de saúde e do território, na disposição e no funcionamento dos serviços de saúde, tal qual sugerida no “informe”, ainda é um desafio para o Sistema Único de Saúde, apesar de o texto constitucional e a legislação complementar conterem diretrizes explícitas nessa direção, como hierarquização, regionalização e integralidade da atenção (DAWSON, 1964). Segundo Pain (2012), um sistema de serviços de saúde é formado por componentes e funções, a saber:

Infraestrutura	Organização	Gestão	Financiamento	Prestação da atenção
----------------	-------------	--------	---------------	----------------------

Na prestação da atenção, abrigam-se as noções de modelo de atenção ou modelo assistencial, referindo-se ao cuidado, à assistência, à intervenção, às ações ou às práticas de saúde.

O modelo de atenção à saúde refere-se ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais, ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade (PAIN, 2011).



De forma bastante esclarecedora, Marcia Valeria G. C. Morosini e Anamaria Di Andrea Corbo, autoras da publicação "Modelos de Atenção e a Saúde Família" - discorrem sobre os modelos de atenção à saúde, adotados e desenvolvidos no Brasil em diferentes momentos da história. E assim afirmam:

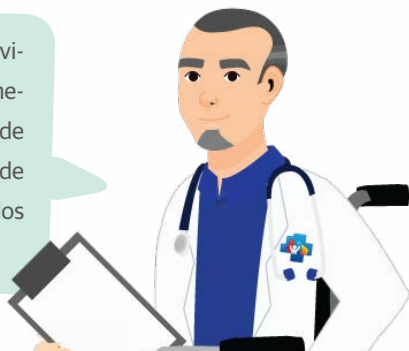
No início da República, por exemplo, sanitaristas, guardas sanitários e outros técnicos organizaram campanhas para lutar contra as epidemias que assolavam o Brasil no início do século, como febre amarela e peste. A partir da década de 1930, a política de saúde pública estabeleceu formas mais permanentes de atuar, com a instalação de centros e postos de saúde para atender, de modo rotineiro, a determinados problemas. Para isso, foram criados alguns programas, como pré-natal, vacinação, puericultura, tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e outros. Contudo, essa assistência baseava-se em saberes tradicionais da biologia e da "antiga" epidemiologia (MOROSINI; CORBO, 2007).

O modelo de medicina voltado para a assistência da doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia é chamado modelo flexneriano, em homenagem a Flexner, cujo relatório, em 1911, fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos EUA e Canadá.



Esta concepção estruturou a assistência médica previdenciária na década de 40, expandindo-se à década de 50.

A década de 70 foi marcada por evidências da insuficiência do modelo hegemônico, por apresentar uma série de limites. Destacamos a pouca efetividade frente aos problemas de saúde advindos com a urbanização.



Doenças psicossomáticas, neoplasias, violência, doenças crônico-degenerativas e novas doenças infecciosas desafiavam a abordagem centrada em características individuais e biológicas do adoecer (MOROSINI; CORBO, 2007).

De acordo com as referidas autoras, o raciocínio clínico categórico, biomédico, teve de enfrentar indivíduos com sintomas difusos e descontextualizados, levando os profissionais de saúde a lançar mão frequentemente, e sem crítica, de instrumentos e exames cada vez mais complexos e caros para diagnosticar doenças, em detrimento do cuidado aos doentes, o que gerou altos custos somados aos já existentes. Esse cenário aprofundou-se em um quadro de iniquidade na distribuição da oferta e dos benefícios do sistema de saúde. Mesmo apresentando fortes sinais de insuficiência na prestação de serviços de saúde no Brasil e também em outros países e mesmo nos dias atuais, ainda é possível identificar ações centradas nesse modelo, dito “modelo hegemônico”.



Para esse cenário, Morosini e Corbo (2007) relataram que era preciso lançar mão de propostas alternativas eficientes e de baixo custo que contemplassem as necessidades de saúde da população. Em todo o mundo, a mais difundida foi a ideia de modelos centrados na Atenção Básica de Saúde e os conteúdos da medicina comunitária foram se difundindo.

Desde o início, porém, essa proposta foi alvo de uma polarização de debates. Havia os que destacavam os aspectos de simplificação e racionalização, caracterizando a medicina comunitária como medicina pobre para os pobres, e havia aqueles que viam a proposta como uma estratégia racionalizadora, importando-se com o acesso de toda a população aos reais avanços tecnológicos na saúde. No Brasil, no final da década de 1970, essa proposta foi encarada por grupos de oposição ao governo militar como estratégia para redemocratizar a política e levar assistência à saúde à população em geral (MOROSINI; CORBO, 2007).

Assim, a partir da década de 80, Morosini e Corbo (2007) tornam claro que diversos movimentos foram organizados em prol de uma assistência à saúde universal e que, suas articulações e intenções culminaram no grande movimento de Reforma Sanitária e posteriormente na promulgação da Constituição Federal, que proporcionou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em meados da década de 1990, após muitas relutâncias e até mesmo entraves governamentais ao processo de implantação do SUS, foi estabelecida uma estratégia para mudança do modelo hegemônico, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), financiada pelo Ministério da Saúde. A disseminação desta estratégia e os investimentos na chamada rede básica de saúde ampliaram o debate em nível nacional e trouxeram novas questões para a reflexão.

Sabe-se que atualmente é possível falar em integralidade, humanização e qualidade da atenção, segundo os valores de compromisso com a produção de atos de cuidar de indivíduos, coletivos, grupos sociais, meio, coisas e lu-



gares. Embora muitas formas de modelagem permaneçam intactas, parece estar emergindo um novo modo de tematização das estratégias de atenção e gestão do SUS e de formação dos profissionais de saúde pela Educação Permanente em Saúde (MOROSINI; CORBO, 2007).

REFLITA COMIGO!

Como você define o modelo de atenção à saúde atual? Quais pontos de potencialidades? Quais pontos de desafios? Quais ajustes você proporia?



Mostra-se abaixo o resumo dos principais marcos históricos da saúde pública no país:

Você faz parte dessa história. Adicione, nesse espaço, que momento histórico da saúde pública brasileira mais marcou sua vida profissional.



1990

Implantação da atual estratégia para mudança do modelo hegemônico, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), financiada pelo Ministério da Saúde.

1980

Surgem diversos movimentos organizados em prol de uma assistência à saúde universal, resultando no movimento de Reforma Sanitária e posteriormente na promulgação da Constituição Federal que proporcionou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

1970

As políticas de saúde da época mostravam pouca efetividade frente aos problemas de saúde advindos da urbanização. O surgimento de novas doenças desafiavam a abordagem centrada em características individuais e biológicas do adoecer.

1940-1960

A prática assistencial era focada na doença em seus aspectos individuais e biológicos. Marco: modelo centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia.

1930

Políticas de saúde pública mais ativas e permanentes. Marco: Instalação de centros e postos de saúde para atender.

Fonte: Adaptado de Morosini; Corbo (2007)



2.2 Sistema Único de Saúde



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde, 2013.

A atual conformação do sistema público de saúde, universal, íntegro e gratuito, começou a ser construído com o processo de redemocratização do país e antes de sua criação pela Constitui-

ção de 1988. O evento mais marcante dessa construção foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986. Essa promoção, precedida por uma série de conferências prévias estaduais e municipais, contou com expressiva participação da sociedade e a conclusão tornou-se referência para os integrantes, balizando as mudanças que se seguiram.

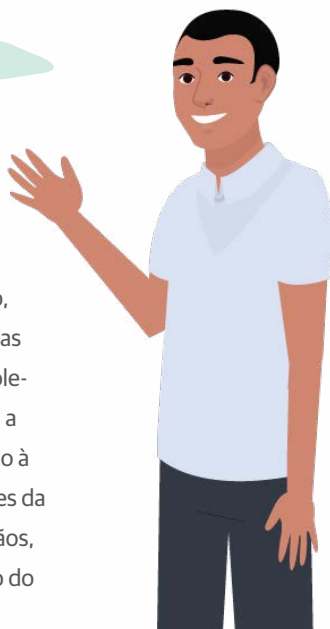
O Movimento da Reforma Sanitária, contrário ao modelo de saúde considerado desestatizante, curativo e centralizador, surge nos anos 80, congregando acadêmicos ligados à Saúde Pública, profissionais da saúde e setores da sociedade. A Constituição incorpora sua visão de saúde como direito social e dever do Estado. São definidas pelo texto constitucional as principais características do SUS: universalidade, gratuidade, integridade, organização descentralizada, prioridade das atividades preventivas sem prejuízo das atividades de assistência, participação popular, financiamento público das três esferas de governo e participação da iniciativa lucrativa e filantrópica de modo auxiliar (BRASIL, 2010).

Após toda essa trajetória, o SUS consiste atualmente em um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, abrangendo desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Segundo o Ministério da Saúde, a rede ambulatorial do SUS é constituída por aproximadamente 56.642 unidades, sendo realizados, em média, 350 milhões de atendimentos ao ano. Esta assistência estende-se da Atenção Básica até os atendimentos ambulatoriais de alta complexidade (BRASIL, 2010).



SAIBA MAIS! Acesse:

<http://goo.gl/VZqSq3> e encontre a linha do tempo que traz as principais informações de todas as conferências nacionais de saúde brasileiras



Atualmente, o SUS é responsável pela atenção, cuidado e vigilância à saúde, exercidos em todas as suas dimensões e níveis, do individual ao coletivo, da atenção primária à especializada. Com a implantação e implementação do SUS, o direito à saúde deixou de ser privilégio dos contribuintes da previdência para se estender a todos os cidadãos, ocorrendo desta forma uma responsabilização do Estado por garantir este direito.

VALE A PENA COMPARAR:

ANTES DO SUS	COM O SUS
Centralização dos recursos e do poder na esfera federal; Ações voltadas para a atenção curativa e medicamentosa; Serviços exclusivos para contribuintes; Ausência da participação da comunidade; Modelo de atenção à saúde voltado apenas para a doença.	Descentralização dos recursos, poder e responsabilidades nas três esferas; Ações voltadas para prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde; Serviços para todos; Controle social; Novo modelo de atenção à saúde - ampliado, voltado para saúde e qualidade de vida.

Constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública, o SUS está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas, atuando



em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. No entanto, não atua isoladamente na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da saúde, a previdência e a assistência social.

Ao SUS cabe a tarefa de promover e proteger a saúde, garantindo atenção qualificada e contínua aos indivíduos e às coletividades, de forma equitativa. Dentre outros aspectos, objetiva melhorar a qualidade de atenção à saúde da população, romper com o passado de descompromisso e irracionalidade técnico-administrativa e servir de orientação ao trabalho do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde.



VAMOS PRATICAR?

O vídeo "**Políticas de Saúde no Brasil**", que está disponível na plataforma, traz um resgate histórico muito importante da construção e implantação do SUS. Que tal assisti-lo e em seguida anotar as palavras-chave que determinam as transformações do modelo assistencial de saúde no Brasil, observando e identificando os determinantes políticos, econômicos e sociais de cada recorte histórico apresentado?

SÍNTESE DA LEITURA

Com os conteúdos apresentados nesta unidade, você pode conhecer os principais modelos de atenção à saúde praticados no Brasil e processos históricos que culminaram na Reforma Sanitária brasileira e posteriormente na construção do SUS. Esses resgates históricos nos fazem refletir sobre o contexto cultural e político do país e como isso pôde influenciar nas maneiras de ver e fazer a saúde da população brasileira.



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. (Caderno de Atenção Básica nº 27) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab27>>
Acesso em: 20 abr. 2013.

DAWSON, B. **El futuro de los servicios médicos y afines**. Washington, D.C.: Organización Panamericana de Saúde, 1964. (Publicação n. 93).

MOROSINI, Márcia Valeria G.C.; CORBO, Anamaria Dí Andrea. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

Leitura complementar:

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de; VIEIRA, Carlos Alberto Lisboa. **Distritos sanitários**: concepção e organização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. v.1. (Série Saúde & Cidadania). Disponível em: <<http://goo.gl/BGZwqt>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde-doença: a que responde o modelobiomédico? **Saude soc.**, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110p.



(Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

____. _____. _____. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em: <http://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Feb. 2007 .

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G.C. (Org.). **Modelos de Atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2007.

MÜLLER, C.P.; ARAUJO, V.E.; BONILHA, A.L.L. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, v.9, n.3, p.858-65, 2008.

STEDILE, Nilva Lúcia Rech; DALPIAZ, Ana Kelen. **Estratégia Saúde da Família**: reflexão sobre algumas de suas premissas. 2011. Disponível em: http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf Acesso em: 22 abr. 2013.

