

UNIDADE 3

MÓDULO 2

3 A CONSTRUÇÃO DO SUS NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

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

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

3.1 Premissas Iniciais

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

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 precisa mais se preocupar com a sociedade.
		E este passa a ser o modelo hegemônico ao final do século XIX, início do século XX – o modelo unicausal de explicação da doença, negador da determinação social.
Dá ênfase à cura das doenças, em detrimento da promoção da saúde, e da prevenção das doenças.		
SEGUNDA PREMISSA	MODELO MÉDICO NORTE-AMERICANO - INÍCIO DO SÉCULO XX	Rockfeller Foundation financia a John Hopkins University, com um modelo de ensino de medicina centrado na unicausalidade, biologicista, hospitalocêntrico, fragmentado, detentor da verdade científica, positivista.
		Estabelece-se um modelo claramente hegemônico de medicina especializada, medicina/ciência/verdade, no hospital.
		A utilização de exames e medicamentos passa a ser superestimulada e se desenvolvem as bases para o poderoso complexo médico-industrial.
TERCEIRA PREMISSA	CONTESTAÇÕES AO CÍRCULO DE VIENA – POSITIVISMO	No desenvolvimento da ciência, o positivismo, foi superado desde as contestações ao Círculo de Viena. Surge o entendimento de que existe um processo permanente de desvelamento, que podemos chamar de princípio do conhecimento máximo, com potencial explicativo para superar ou incorporar os conhecimentos anteriores.

Quadro 9: Premissas que influenciaram a construção do SUS.

3.2 Condições para Instalação do Modelo Brasileiro

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

3.2.1 O Início

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

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

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

3.2.2 O Retrocesso

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

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

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

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

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

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

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

3.2.3 Retrocesso do Ensino: Último Passo

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

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

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

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

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

3.2.4 Contra-Hegemonia ao Modelo

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

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

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

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

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

3.2.5 Novas Forças Nascentes: o Movimento pela Reforma Sanitária

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

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

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

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

3.3 Ventos de Mudança

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4 O SUS

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

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

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

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

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

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



Figura 10 - Campanha pelo Impeachment
Fonte: Mendonça, 2009

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

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

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

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

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

Pela proposta viabilizada (em conjunto com o Banco Mundial), não há uma preocupação com a equipe multidisciplinar, nem com o salário dos profissionais, nem com o tamanho da clientela a ser atendida e nem com a qualidade do serviço.

3.5 As Políticas Atuais

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

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

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

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

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

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

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

Em fevereiro de 2004, é publicada a portaria ministerial adotando a Política de Educação Permanente, com a organização de Polos em

todos os estados brasileiros, para modificar a formação de pessoal na área de saúde.

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

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

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

LAPPIS, que envolve 14 instituições como a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Universidade Federal Fluminense (UFF), e centralizadas pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

Para concluir, vamos focar um pouco o Aprender SUS.

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

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

3.6 De 2004 a 2009

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

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

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

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



Figura 11 - Logo Pró-Saúde

Fonte: PRÓ-SAÚDE, 2010

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

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

SÍNTESE DA UNIDADE

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

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



Para aprofundamento do tema recomendamos:

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

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

Sobre a Reforma Sanitária Brasileira:

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

Sobre o Sistema Único de Saúde:

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

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

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

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

REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

