

NIVEL MÉDIO



Quem Somos

A Domina Concursos, especialista no desenvolvimento e comercialização de apostilas digitais e impressas para Concurso Públicos, tem como foco tornar simples e eficaz a forma de estudo. Com visão de futuro, agilidade e dinamismo em inovações, se consolida com reconhecimento no segmento de desenvolvimento de materiais para concursos públicos. É uma empresa comprometida com o bem-estar do cliente. Atua com concursos públicos federais, estaduais e municipais. Em nossa trajetória, já comercializamos milhares de apostilas, sendo digitais e impressas. E esse número continua aumentando.

MISSÃO

Otimizar a forma de estudo, provendo apostilas de excelência, baseados nas informações de editais dos concursos públicos, para incorporar as melhores práticas, com soluções inovadoras, flexíveis e de simples utilização e entendimento.

VISÃO

Ser uma empresa de Classe Nacional em Desenvolvimento de Apostilas para Concursos Públicos, com paixão e garra em tudo que fazemos.

VALORES

- Respeito ao talento humano
- Foco no cliente
- Integridade no relacionamento
- Equipe comprometida
- Evolução tecnológica permanente
- Ambiente diferenciado
- Responsabilidade social



HABILITADA P/ IMPRESSÃO



PROIBIDO CÓPIA

Não é permitida a revenda, rateio, cópia total ou parcial sem autorização da Domina Concursos, seja ela cópia virtual ou impressa. Independente de manter os créditos ou não, não importando o meio pelo qual seja disponibilizado: link de download, Correios, etc...

Caso houver descumprimento, o autor do fato poderá ser indiciado conforme art. 184 do CP, serão buscadas as informações do responsável em nosso banco de dados e repassadas para as autoridades responsáveis.



Conhecimentos específicos

*"Camuflar um erro seu é
anular a busca pelo
conhecimento. Aprenda
com eles e faça novamente
de forma correta."*

Nara Nubia Alencar

Saúde Pública

Saúde Pública é o conjunto de medidas executadas pelo Estado para garantir o bem-estar físico, mental e social da população.

Em nível internacional, a saúde pública é coordenada pela Organização Mundial de Saúde – OMS, composta atualmente por 194 países. O órgão consiste em uma agência especializada da ONU (Organização das Nações Unidas) que trabalha lado a lado com o governo dos países para aprimorar a prevenção e o tratamento de doenças, além de melhorar a qualidade do ar, da água e da comida.

Além do contexto político-administrativo, a saúde pública também é o ramo da ciência que busca prevenir e tratar doenças através da análise de indicadores de saúde e sua aplicação nos campos da biologia, epidemiologia e outros campos relacionados.

Saúde pública no Brasil

No Brasil, a saúde pública está prevista na Constituição Federal como um dever do Estado (artigo 196) e como um direito social (artigo 6º), ou seja, um direito que deve ser garantido de forma homogênea aos indivíduos a fim de assegurar o exercício de direitos fundamentais.

Com o objetivo de garantir esse direito, a Constituição Federal atribuiu à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios a competência de cuidar da saúde pública. Isso significa que, dentro de um sistema único, cada esfera do governo terá um órgão responsável por executar e administrar os serviços destinados à saúde local.

Vale mencionar que a Constituição de 1988 foi a primeira a tratar a saúde como pauta política. Antes dela, não havia legislação que sujeitasse o Poder Público a investir na área.

Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde – SUS, foi criado pela Constituição Federal de 1988 e é regulamentado pela Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), que o define da seguinte forma:

“O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).”

Portanto, o Sistema Único de Saúde é formado por todas as medidas executadas direta ou indiretamente pelo Estado para melhorar a saúde pública.

O SUS é financiado por recursos da seguridade social de todos os entes federativos e possui as seguintes diretrizes:

Descentralização

Para atender todas as regiões do país de forma direcionada às necessidades locais, o SUS divide-se em órgãos regionais com poder de administração. No âmbito nacional, a administração do SUS acontece através do Ministério da Saúde. Nos estados, Distrito Federal e municípios, a administração fica por conta das Secretarias de Saúde, ou órgãos equivalentes.

Integralidade

O SUS deve atender todos os indivíduos, sem distinção de qualquer espécie. Além disso, o serviço deve dar ênfase nas atividades preventivas (campanhas de conscientização, vacinas, etc) sem que isso implique na cobertura de tratamentos e medidas curativas.

Participação da Comunidade

A participação do povo deve acontecer através de conselhos e conferências de saúde nas quais a população pode votar e decidir quais questões sanitárias devem ser priorizadas.

Princípios da Saúde Pública

A saúde pública no Brasil gira em torno dos seguintes princípios previstos na Lei Organização da Saúde:

- Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência
- Integralidade de assistência
- Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral
- Igualdade da assistência à saúde
- Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde
- Divulgação de informações
- Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades
- Participação da comunidade
- Descentralização político-administrativa, principalmente nos municípios
- Integração entre saúde, meio ambiente e saneamento básico
- Conjugação dos recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios
- Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência

organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras

Com a exceção do último princípio (que foi inserido na lei apenas em 2017), essas são as bases da saúde pública no país desde 1990, quando a Lei Orgânica da Saúde entrou em vigor.

Conceito de Saúde Coletiva

O conceito de saúde coletiva é o efeito das interações socioeconômicas de uma sociedade com o ambiente e o quanto isso pode influir a salubridade de uma região ou comunidade. Ao contrário das demais áreas de saúde que tendem a possuir um caráter de tratamento, a saúde coletiva tem como objetivo principal prevenir o desenvolvimento ou a disseminação de patologias e demais problemas de saúde por meio da implantação de perfis sanitários condizentes com a cultura e a necessidade de uma região.

Saúde Bucal

A implantação de políticas que minimizem doenças bucais já é conhecida em todo Brasil. Nas escolas públicas a utilização regular de flúor e demais produtos que combatam ou evitem a formação de problemas bucais e dentários, é uma função da saúde coletiva. Palestras que orientem pais e crianças sobre como evitar alimentos que provoquem cáries e a melhor forma de escovar os dentes, são outras ferramentas que possuem um aspecto mais social do que combativo, esse é o grande diferencial da saúde coletiva.

Sexualidade e Métodos Contraceptivos

Um importante papel da saúde coletiva é na área de sexualidade, todos os anos o Sistema Único de Saúde (SUS) gasta milhões de reais com medicamentos para os portadores das mais diversas DST's. A saúde coletiva trabalha em ações de conscientização que incentivam a utilização de preservativos e os distribuem de forma gratuita, essa prática minimiza a disseminação de diversas doenças até mesmo nas comunidades mais carentes.

Outro ponto importante relacionado à saúde coletiva é o estímulo à utilização de métodos contraceptivos por comunidades mais carentes. O governo investe milhões todos os anos com o assistencialismo para famílias mais carentes e mesmo assim, muitas crianças vão dormir com fome por todo o Brasil, o planejamento familiar é a forma mais sensata de combater esses altos índices de natalidade e consequentemente dar a chance das famílias conseguirem sair dessa linha de miséria.

Práticas Sanitárias Mais Saudáveis

Existem diversas práticas sanitárias básicas que são preteridas, em especial em comunidades mais carentes, os profissionais da saúde coletiva têm como meta estimular essas pessoas a adotarem práticas sanitárias adequadas, minimizando assim problemas causados pela insalubridade no manuseio de alimentos, água e resíduos gerados. A conscientização é a melhor forma de minimizar os índices de problemas de saúde relacionados à interações socioambientais inadequadas.

Quer saber mais sobre o assunto? Confira os cursos de Formação Profissional em Saúde Coletiva e Saúde da Família, e utilize o certificado dos cursos para complementar suas atividades acadêmicas.

Saúde Pública ou Saúde Coletiva - Qual a Diferença Entre os Termos?

A preocupação com a saúde da sociedade remonta desde a antiguidade, a necessidade de criar um conceito sanitário que abrangesse essas necessidades foi se desenhando ao longo dos anos. Atualmente entre os inúmeros termos que permeiam a saúde da sociedade como um todo podemos citar a saúde pública e a saúde coletiva como os termos mais recorrentes, a seguir especificaremos as suas diferenciais conceituais.

Saúde Pública

A saúde pública consiste em um conjunto de ações e serviços de caráter sanitário que tenham como objetivo prevenir ou combater patologias ou quaisquer outros cenários que coloquem em risco a saúde da população. Como é dever do estado assegurar serviços e políticas voltadas para a promoção da saúde e bem-estar da população, o termo saúde pública é consideravelmente mais conhecido e utilizado que o termo saúde coletiva.

Saúde Coletiva

A saúde coletiva consiste em um movimento sanitário de caráter social que surgiu no SUS, esse movimento é composto da integração das ciências sociais com as políticas de saúde pública.

A saúde coletiva identifica variáveis de cunho social, econômico e ambiental que possam acarretar no desenvolvimento de cenários de epidemia em determinada região, por meio de projeções feitas através da associação dos dados socioeconômicos com os dados epidemiológicos é possível elaborar uma eficiente política de prevenção de acordo com as características da região. Vale ressaltar que a saúde coletiva também possui aplicações dentro da iniciativa privada.

Toda a saúde pública é coletiva, mas nem toda saúde coletiva é pública, grosso modo podemos dizer que o planejamento da saúde pública é mais amplo que o da saúde coletiva, além de dispor de mais recursos do estado, ao passo que a saúde coletiva é planejada de acordo com as particularidades da região, tornando-a mais funcional em especial no aspecto preventivo.

Política na Área de Saúde

A trajetória das Políticas Públicas de Saúde

A questão do funcionamento do SUS. Onde está o problema? É um problema da gestão, do gerenciamento, da fiscalização, do serviço também, que é outra área que está muito deficiente. Falta gerenciamento. As pessoas não têm o hábito de questionar, de ir atrás dos interesses relacionados à saúde. Por “n” questões, por uma questão mesmo de despreparo. Nós não fomos educados para tal [...] Então, isso traz dificuldade. [...] É, quando se prioriza ações voltadas para a alta e média complexidade em detrimento daquelas de base mesmo. De atenção primária. Prioriza o curativo, o hospitalar. [...] Com certeza, tem muito, muito disso ainda. Mas estamos caminhando pra isso.

Um dos problemas que eu vejo é que é novo, apesar de estar fazendo vinte anos, eu acho que ainda é um processo que as pessoas não estão acostumadas a usar. Por exemplo, hoje eu vejo como um grande problema no País, como tudo na saúde, na educação e todas as coisas, é que as pessoas não sabem lidar com a democracia, com a responsabilidade da discussão, do diálogo, do trabalho coletivo. Eu acredito que as pessoas não têm, elas não sabem como, vamos dizer assim, lidar com esse processo democrático.

Então, por exemplo, elas não sabem atuar como cidadão, cobrar seus direitos, seus deveres, elas não sabem impor a vontade delas, não têm um controle social, que eu acho que é uma das características bacanas também do Sistema, que é o controle social. Então, quando você trabalha com a municipalização e deixa o Conselho de Saúde administrar os recursos de acordo com as prioridades do município, você tá fazendo, exercendo a democracia, que é presenciar um usuário discutindo com o gestor onde ele vai aplicar melhor. Só que, infelizmente, falta ainda o conhecimento, ou sei lá, uma cultura de exercer esse papel. Então, os nossos próprios cidadãos, usuários ou trabalhadores não sabem exercer esse papel democrático [...]. Saber exercer essa discussão. Esse controle social ainda está muito no começo.

A análise das políticas públicas de saúde pauta-se em uma perspectiva que considera a importância de compreender a concepção de saúde construída pela sociedade brasileira, historicamente marcada pelo modelo curativo, centrado na assistência médica e nas especialidades, tendo como referência o hospital. Observa-se nas experiências relatadas que as transformações produzidas pelo conhecimento humano, científico e tecnológico, saberes populares, experiências práticas exitosas, construídos acerca da importância dos cuidados primários de saúde, da prevenção e promoção da saúde, entretanto, não foram suficientes para ruptura desse modelo biologicista e de mercado.

Os trabalhadores da saúde entrevistados identificam no cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS) os desafios para o direito universal e integral à saúde. Exemplificam os limites e os problemas decorrentes da falta de gerenciamento e de fiscalização, da burocracia, entre outros, que comprometem a implementação e descentralização da política pública de saúde, mas, principalmente, impedem o exercício da democracia e da cidadania na saúde.

Deste modo, a compreensão das políticas sociais e da política de saúde brasileira na atualidade está relacionada com o formato que vem adquirindo desde suas origens. O acesso à assistência à saúde como um direito reconhecido das classes assalariadas foi sempre vinculado ao direcionamento da política econômica.

Desta perspectiva, é interessante resgatar os estudos de Behring & Boschetti (2006) a respeito do caráter histórico-estrutural das políticas sociais, que procuram desvendar suas características e determinações econômicas, sociais, políticas, culturais e apontar alguns momentos que influenciaram e determinaram a própria concepção de saúde que se tem hoje. Essa análise procura, ao mesmo tempo, conhecer o papel do Estado e os interesses envolvidos na regulamentação e desenvolvimento das políticas públicas e os caminhos adotados em sua efetivação, para, desta maneira, desvendar o significado real da política de saúde para os sujeitos envolvidos e compreender a articulação dessas situações sobre a vida humana em que predomina o econômico.

É esse pensamento comum, construído historicamente, que orienta a ideia de inviabilidade, ineficácia e até de descrença em torno das políticas públicas de saúde, que se pretende decompor na análise desta realidade social em que “[...] se inserem as políticas sociais como processos inscritos na sociedade burguesa” (Behring & Boschetti, 2006, p.40). Para as autoras, a política social é uma conquista civilizatória. Mesmo não sendo a via de solução da desigualdade, que é intrínseca a este

mundo baseado na exploração do capital sobre o trabalho, na escassez e na miséria, exige uma luta em seu favor como instrumento para minimizar as desigualdades e possibilitar a inclusão social.

A perspectiva de totalidade busca, portanto, apreender os movimentos, as contradições, os conflitos e como esses fenômenos se manifestam no cotidiano e na vida humana, que, segundo Kosik (2002), de maneira imediata e regular penetram na consciência e adquirem uma aparência natural e comum. Portanto, considerar essas dimensões histórica, econômica, política e cultural como elementos articulados, o que mostra a importância de identificar, sem o intuito de esgotar aqui as possibilidades de explicação, alguns dos eixos estruturantes que concorreram para a formação da política de saúde pública.

Segundo Nunes (1985), de 1880 a 1930, o Brasil está permeado pela investigação bacteriológica e parasitológica relacionada à estrutura social da época, voltada à produção agroexportadora e às doenças tropicais. Porém, o advento da bacteriologia sobrepõe-se aos determinantes sociais das doenças. Lourenço (2004) avalia que esse período no Brasil refere-se ainda à fase de organização da estrutura dos serviços de saúde no âmbito do Estado, com ênfase na prevalência do conhecimento/saber científico como um imperativo para a imposição de medidas. Estas deveriam ser seguidas e se expressaram como via para o fortalecimento e reconhecimento da autoridade e da capacidade dos órgãos que estavam sendo criados.

Os serviços eram estabelecidos em uma relação vertical, com imposição de normas e segregação social, em que os técnicos tinham o saber científico. Desconsideravam o conhecimento popular, principalmente dos pobres e dos negros, considerados como incapazes de compreender as causas das doenças ou de ter direitos. O Código Sanitário de 1918 inicia campanhas de educação em saúde voltadas para a questão do saneamento (sanear é a grande questão nacional) e do controle de endemias (Vasconcelos, 1997). Mas são ações pontuais e fragmentadas.

A criação de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), pela lei Eloy Chaves, em 1923, institui a obrigatoriedade de seguro social e do financiamento vinculado à contribuição do empregado e do empregador. As CAPs eram organizações privadas formadas por empresas e, posteriormente, por setor de atividade econômica, que reconhecia os direitos previdenciários e trabalhistas para algumas categorias de trabalhadores, como os ferroviários e marítimos, dentre outros. Observa-se que essas categorias eram estratégicas para a economia do País e diretamente ligadas nesse momento ao processo de produção e reprodução de mercadorias, uma economia formada basicamente na monocultura do café voltada para a exportação (Cohn, 1997; Behring & Boschetti, 2006).

O sistema público de previdência social brasileira começou com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que se expandem na década de 1930, cobrindo as categorias estratégicas de trabalhadores pela lógica contributiva do seguro, ou seja, dos trabalhadores, dos empresários e do Estado. O primeiro IAP foi criado em 1933, dos marítimos, e com isso as CAPs foram paulatinamente se extinguindo, voltadas mais para a acumulação de reservas financeiras do que para a prestação de serviços, como aponta Bravo (2000). O modelo getulista (1930-1945) de proteção social se definia como fragmentado em categorias, limitado e desigual na implementação dos benefícios, como estratégia de controle das classes trabalhadoras.

A intervenção do Estado na saúde inicia em 1930, quando foi criado o Ministério da Educação e Saúde e organizada uma política nacional de saúde a partir de dois eixos: da saúde pública e da medicina previdenciária ligada aos IAPs e suas categorias correspondentes. A saúde pública foi desenvolvida por meio de campanhas sanitárias, coordenadas pelo Departamento Nacional de Saúde, criado em 1937, onde há, ao mesmo tempo, o desenvolvimento da saúde privada e filantrópica, referente ao atendimento médico hospitalar. Nesse período de introdução da política social brasileira, a relação do Estado com a sociedade civil é assinalada por uma “[...] expansão fragmentada e seletiva das políticas sociais, que segue até 1964” (Behring & Boschetti, 2006, p.108).

Os recursos arrecadados pela previdência social, desde o início, eram aplicados pelo governo no financiamento da industrialização do País, sendo que esse modelo de proteção social definia-se como fragmentado em categorias, limitado e desigual na implementação dos benefícios, em troca de um controle social das classes trabalhadoras. A ação do Estado na área da saúde divide-se, claramente, de um lado, a saúde pública de caráter preventivo e coletivo, conduzida por meio de campanhas, voltada para a luta contra as epidemias e desenvolvida com uma preocupação mais social; e de outro,

a assistência médica de caráter curativo e individual, conduzida aos trabalhadores contribuintes por meio da ação da previdência social.

A assistência médica segue a lógica da privatização dos serviços, que se acentuam, na década de 1930, “[...] na compra de serviços privados de saúde a possibilidade de maior acesso dos seus segurados” (Behring & Boschetti, 2006, p.228). E a assistência médica para a população empobrecida, que não dispunha de recursos como o CAPs ou IAPS, era prestada pelo atendimento de caridade e filantrópico, mantido pela igreja.

A organização dos serviços públicos de saúde no âmbito do Estado tem ênfase na prevalência do conhecimento científico, como a imposição de medidas que expressavam o fortalecimento da autoridade e da capacidade dos órgãos que estavam sendo criados. A questão da saúde era tratada como uma questão de polícia, e os serviços eram estabelecidos em uma relação vertical, com imposição de normas e segregação social, em que os técnicos tinham o saber científico e desconsideravam o conhecimento popular, considerado incapaz de compreender as causas das doenças ou de ter direitos.

O conjunto de novos problemas desencadeados pelo processo de industrialização, da precariedade das condições de vida, trabalho e habitação leva o Estado a perceber a necessidade de implementar medidas ou respostas para “melhorar” a qualidade de vida da população trabalhadora, visando melhor produtividade e utilidade na acumulação de riquezas (Pereira, 2000). Essa característica do Estado regulador tem por finalidade o desenvolvimento do capitalismo e, ao mesmo tempo, intervém nas desigualdades sociais para evitar conflitos e não desestabilizar a ordem social e política. Deste modo, regula e redistribui recursos econômicos e atende a alguns interesses das classes e grupos sociais. A existência das políticas sociais é, portanto, um fenômeno associado à constituição da sociedade burguesa no seu modo capitalista de produzir e (se) reproduzir.

Segundo Abreu (1999), o Estado regulador tem por finalidade e função o desenvolvimento capitalista da nação, ao mesmo tempo em que intervém nas desigualdades sociais para que não se tornem lutas políticas desestabilizadoras da ordem social e política. No Brasil, as estratégias regulacionistas e desenvolvimentistas foram implementadas por uma elite conservadora, na burocracia estatal, de cima para baixo, e sem a participação da cidadania e das classes trabalhadoras, facilitadas por altas taxas de crescimento econômico, rápida industrialização, geração de milhões de empregos e uma rede burocrático corporativa de controle das classes e de proteção social. Inclui-se nessa análise a ausência de uma cultura de bem-estar social, a concentração de renda, de propriedade e de recursos do poder, sem a universalização dos direitos políticos e sociais da cidadania, sem um Welfare State democrático.

A política social e trabalhista, bem como o desenvolvimento dos serviços públicos da saúde, da educação e da habitação, começam a ser implantados a partir da década de 1930 até meados de 1940, quando é estruturada a legislação trabalhista, com vistas a regular os conflitos na linha do consenso entre as classes sociais. A saúde, vinculada ao Ministério da Educação, garantiu a proliferação dos órgãos e ações de saúde pelo Estado com a criação do Departamento Nacional de Saúde, em 1937.

Por outro lado, a organização do sistema previdenciário estruturado a partir de categorias profissionais, mantendo benefícios, inclusive assistência à saúde proporcional à contribuição, acabou por cortar as ações mantidas pelo Estado, restringindo às medidas campanhistas e também aquelas garantidas por meio da contribuição compulsória. As ações educativas em saúde limitavam-se a alguns programas, em que a prioridade era o combate às doenças infecciosas e parasitárias, e o enfoque era nas categorias ligadas à exportação e ao comércio (ferroviários, marítimos, bancários), relacionadas às atividades fundamentais para o desenvolvimento do capitalismo no Brasil.

A partir da introdução das políticas keynesianas, o setor de saúde e outros passaram a ocupar um papel importante na geração de emprego e renda e, sobretudo, na possibilidade de diminuir os conflitos sociais inerentes ao sistema capitalista, ao cuidar da mão de obra trabalhadora. Novas políticas sociais, segundo Massako (1994), foram implementadas a partir da segunda República (1930-1945), quando novas demandas são impostas pelo crescimento da economia industrial e pelo temor do avanço do comunismo, marcadas por greves e lutas trabalhistas por melhores salários. A aglomeração urbana não planejada também serviu para dar visibilidade às doenças, levando

médicos e leigos a se organizar em Associações e Ligas. Outros aspectos estariam relacionados ao incentivo à saúde hospitalar de natureza privada, representada também pela construção de grandes hospitais, como o Hospital das Clínicas (HC) de São Paulo e a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), por meio de convênio com órgãos americanos e patrocínio da Fundação Rockefeller.

Garcia (1985), ao falar do reaparecimento da medicina social¹, na década de 1940, lembra que até a década de 1970, tal medicina não conseguiu expressão em função do ambiente político agressivo ao que pudesse ser considerado social e, portanto, próximo ao socialismo. Situa que Escolas de Medicina nos Estados Unidos passam a usar “[...] o termo ‘Medicina Preventiva’ que incluía o tema das ciências sociais. Antropólogos e sociólogos são os primeiros cientistas sociais a participarem nesta nova disciplina, começando a realizar pesquisas no campo da saúde” (Garcia, 1985, p.22). Posteriormente, na década de 1950, a Organização Pan Americana de Saúde (Opas) propõe como acréscimo para a formação do médico a medicina preventiva e social. Garcia (1985, p.23) destaca que a relação ensino aprendizagem da medicina “[...] latino-americana era avaliada como atrasada cientificamente, desintegrada da prevenção, indisciplinada metodologicamente e anacrônica”. Esse modelo de saúde, com ênfase na assistência curativa, é confirmado no estudo de Nunes (1985, p.34), quando se refere ao período de 1930 a 1950 e aponta “[...] a investigação básica conectada com o crescimento hospitalar impulsionado pela industrialização”.

Após a Segunda Guerra Mundial, fatores condicionantes, elucidados a partir da hegemonia norte-americana e pela divisão do mundo em dois polos capitalista e socialista contribuem substancialmente para a mudança da relação entre Estado e sociedade. A busca de respostas às demandas sociais engendradas pelo próprio sistema implicou a democratização e implementação da política social sustentada pelo Estado de Bem Estar Social efetiva nos países desenvolvidos. No contexto brasileiro, o Estado demonstra sua influência a partir de uma política desenvolvimentista e de planejamento de sua intervenção. A saúde foi considerada como fator econômico junto a outras políticas, correlacionada ao controle social subordinador e ao bom andamento da economia.

A partir do Estado Novo (1945-1960), mais precisamente em meados de 1950, houve a criação dos centros sociais rurais, com a preocupação do controle das endemias rurais, tais como a erradicação da malária e da doença de Chagas. Essas ações seguiam a filosofia de desenvolvimento de comunidade, e entendia-se, na época, a educação em saúde como a introdução de “novas técnicas de difusão de informação e convencimento da população, vista como passiva e incapaz de iniciativas próprias”, para Vasconcelos (1997, p.43).

A expansão e consolidação da política social no período pós- crise de 1929- 1932, sobretudo, foi abalada pelos acontecimentos mundiais das três primeiras décadas do século XX. Após a Segunda Guerra Mundial, quando se adentrou na fase madura do capitalismo, caracterizada por um intenso processo de monopolização do capital, pela intervenção do Estado na economia e no livre movimento do mercado, constituindo-se oligopólios privados (empresas) e estatais (empresas e fundações públicas).

As condições históricas determinadas a partir dos anos 1930, com a expansão da urbanização da população, o aumento das desigualdades regionais e com uma industrialização significativa, iniciam no País uma forte expansão do processo de modernização, “por meio de políticas de industrialização induzidas pelo Estado, e que de 1945 a 1960 assume o perfil do que se convencionou denominar modelo de substituição de importações” (Cohn, 1997, p.228). A principal expressão do governo (Juscelino Kubitschek, o Plano de Metas crescer cinquenta anos em cinco), nesse período, é marcada por intensas mudanças econômicas, políticas e sociais, e tem como principais características a melhor organização do movimento operário e popular, a intensificação da luta de classes, o enfraquecimento ou a fragmentação da burguesia, onde crescem as tensões no campo e também entre as camadas médias urbanas.

As políticas sociais, desta maneira, ganham uma nova configuração a partir dos anos 1930, momento em que o capitalismo enfrenta uma de suas maiores crises econômicas, com queda de produção, desemprego, falência de bancos e empresas. No Brasil, as políticas sociais emergem no final da República Velha, na década de 1920, e ganham destaque nos anos 1930 no governo de Getúlio Vargas. Com forte apelo populista, as medidas visavam a combater greves e movimentos sociais, enquanto contemplavam algumas categorias de trabalhadores, sendo injustas e desiguais.

De 1930 a 1945, na segunda República, foram implementadas novas políticas sociais para responder às demandas emergentes impostas pelo crescimento da economia industrial e pelo temor do avanço do comunismo, marcadas por greves e lutas trabalhistas e por melhores salários (Massako, 1984). Nesse período, com Getúlio Vargas no poder, há um direcionamento da política no sentido de transformar as relações entre Estado e sociedade, visando beneficiar a industrialização do País. A política trabalhista do governo buscava, ao mesmo tempo, controlar as greves e os movimentos operários e estabelecer um sistema de seguro social. Explicitava abertamente substituir a luta de classes pela colaboração de classes (Faleiros, 2000).

No contexto brasileiro, o Estado demonstra sua influência a partir de uma política desenvolvimentista e de planejamento de sua intervenção. A saúde foi considerada como fator econômico junto a outras políticas, correlacionada ao controle social subordinador e ao bom andamento da economia. A partir do Estado Novo (1945-1960), mais precisamente em meados de 1950, houve a criação dos centros sociais rurais, com a preocupação do controle das endemias rurais, tais como a erradicação da malária e da doença de Chagas. Essas ações seguiam a filosofia de desenvolvimento de comunidade, e a educação em saúde na época era entendida como a introdução de “novas técnicas de difusão de informação e convencimento da população, vista como passiva e incapaz de iniciativas próprias” (Vasconcelos, 1997, p.43).

Lourenço & Bertani (2007) analisam que o pensamento acerca da questão saúde doença, foi representado, principalmente na década de 1950, por pesquisas marcadas pelas teorias funcionalistas e culturais, servindo à implementação de estratégias de desenvolvimento e organização de comunidade, conforme estudos de Nunes (1985). Após a Segunda Guerra Mundial, sob o domínio do positivismo sociológico, houve uma valorização do social, com maior aproximação das ciências sociais e das ciências da saúde, e estudos realizados por meio de observação direta e participante indicaram a cultura, o modo de vida, crenças e valores na relação com o processo de saúde doença. Contudo, Nunes (1985, p.37) destaca que “[...] algumas das limitações desse enfoque microanalítico e descritivo das pequenas comunidades rurais não permitiram fazer referências sobre a realidade nacional nem sobre a organização do sistema”.

Deste modo, a ênfase no modelo de saúde individual e curativo esteve presente na realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1941 e apresentou como principal preocupação a “Situação sanitária e assistencial dos Estados”, discutindo essa questão e as responsabilidades nos níveis estaduais e municipais, nos serviços de saneamento básico, ações de proteção materno-infantil e campanhas contra a tuberculose e a hanseníase. Contudo, acabou destacando a necessidade da expansão do número de leitos em hospitais gerais ou sanatórios para atendimento aos tuberculosos, sendo essa indicação ratificada pela Constituição Federal de 1946, com a construção de novos hospitais para atender à tuberculose e outras doenças resultantes dos determinantes sociais de saúde (Massako, 1994). Esse enfoque também esteve presente na 2ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1950, que adotou a mesma orientação da 1ª CNS: focalizou a “Legislação referente à higiene e a legislação do trabalho” e procurou estabelecer estratégias para o estabelecimento de legislação referente a essas prioridades, além de assistência médica sanitária preventiva a gestantes (Fleury, 1991).

As mudanças que ocorreram no panorama internacional a partir de 1945, em função do término da Segunda Guerra Mundial, e as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo foram condições gerais que influíram no conceito de saúde elaborado em 1948 junto à Organização Mundial de Saúde (OMS). Foi aqui reconhecido que a saúde não tem implicação somente física e biológica. A influência das questões sociais e econômicas tem um papel importante, e, assim, a saúde foi definida como um completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doenças (Bravo & Matos, 2004).

No enfoque dos aspectos biopsicossociais e multiprofissionais, relacionados à gravidade das condições de saúde da população, houve diversos desdobramentos, como o trabalho em equipe multidisciplinar, “solução racionalizadora” encontrada, que, além de suprir a falta de profissionais, permitiu “[...] ampliar a abordagem em saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos” (Bravo & Matos, 2004, p.199). E, ainda, desenvolver programas prioritários com segmentos da população, uma vez que não havia intenção de universalizar a atenção médica e social.

O período de 1945 a 1964, portanto, foi marcado por grandes mudanças na área da saúde no País. A influência norte-americana, durante as duas Guerras Mundiais, levou o Brasil a adotar o modelo de

saúde baseado em grandes hospitais, que coloca em segundo plano a rede de atenção básica postos de saúde, consultórios e ambulatorios com baixo custo. Lembrando que a estrutura e o funcionamento dos grandes hospitais atende aos interesses e às necessidades crescentes da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos.

Outros fatores condicionantes, após a Segunda Guerra Mundial, elucidados a partir da hegemonia norte-americana e pela divisão do mundo em dois polos capitalista e socialista, contribuem substancialmente para a mudança da relação entre Estado e sociedade. A busca de respostas às demandas sociais engendradas pelo próprio sistema implicou a democratização e implementação da política social sustentada pelo Estado de Bem-Estar Social efetivado nos países desenvolvidos. Algumas propostas racionalizadoras surgem na saúde durante a década de 1950, como a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp). Por meio de convênio com órgãos americanos, contribui para ampliar e aprofundar as ações da saúde pública, as quais predominam sobre as iniciativas ligadas à assistência médica individual.

Nesse cenário complexo, o desenvolvimento da política de saúde foi lento e marcado pela separação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, em 1953, e pela criação de novos IAPs. A instabilidade institucional do período o suicídio de Vargas (1954), a renúncia de Jânio Quadros (1961) e o próprio golpe militar de 1964, que depôs João Goulart, são exemplos paradigmáticos dificultou consensos em torno de um projeto nacional, em que incluía o desenho da política social. Assim, esse período ficou marcado pela expansão lenta dos direitos, que se mantiveram ainda no formato corporativista e fragmentado.

O projeto desenvolvimentista ligado ao capital estrangeiro, em especial o capital norte-americano, sai da fase expansiva do capitalismo e começa a dar sinais de esgotamento em fins dos anos 1960, e teve consequências avassaladoras para as condições de vida e trabalho das classes trabalhadoras. O novo modelo de acumulação “[...] traz consigo um padrão de regulação social da relação capital/trabalho que associa política trabalhista, política sindical e política previdenciária” (Cohn, 1997, p.228). Esse modelo regula a extensão dos benefícios sociais a determinados setores de classes assalariadas urbanas, estabelecendo o financiamento vinculado, essencialmente, na contribuição dos empregados e dos empregadores.

Consequentemente, o processo de desenvolvimento econômico esteve associado a um conjunto de políticas sociais, tendo como eixo a previdência social. O sistema de proteção social iniciado nos anos 1930 estendese até meados da década de 1960, com características de “cidadania regulada”, conceito discutido por Wanderley Santos (1987) para se referir à garantia de acesso aos direitos sociais e trabalhistas vinculados à contribuição previdenciária, distinguindo-se do padrão universalista praticado nos países de capitalismo avançado.

A lógica da articulação da “[...] política de seguro social comandada pela necessidade de investimentos do Estado em setores básicos da economia, que dessem sustentação ao processo de industrialização” (Santos, 1991, p.229). Ou seja, o sistema de proteção social obedece a uma lógica eminentemente econômica, “[...] que se sobrepõe à sua dimensão de política social, seja como conquista dos trabalhadores a esses direitos sociais, seja como política compensatória das desigualdades sociais” (Cohn, 1997, p.230). Sublinhase que, no plano previdenciário, houve a unificação dos benefícios sociais dos vários laps com a promulgação, em 1960, da Lei Orgânica da Previdência Social (Lops) e, posteriormente, a absorção destes pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado em 1966 com forte ênfase na centralização político-administrativa.

De um lado, o Ministério da Saúde responsável pela saúde pública, por ações de caráter coletivo, tem os recursos financeiros prejudicados e um orçamento decrescente no final da década de 1950. E, de outro lado, a assistência médica individual, vinculada ao sistema de proteção social (e dando cobertura apenas para a população que a ele tem acesso), expande-se e tem o mercado garantido, uma vez que os serviços produzidos pelo setor privado de saúde são comprados pelo Estado com recursos procedentes da previdência social. Além de se tornar o maior comprador de serviços privados de saúde, o Estado “[...] regula a extensão desses direitos sociais sem praticamente onerar os recursos fiscais na medida em que a principal fonte de recursos para o seguro social provém de um percentual sobre a massa salarial [...]” (Cohn, 1997, p.230).

Os problemas sanitários emergem no cenário do País e, pela primeira vez, são discutidos e analisados durante a 3ª Conferência Nacional de Saúde, que é realizada em 1963 com o tema

“Descentralização na área de saúde”. O diferencial dessa Conferência é o surgimento de movimentos democráticos na área da saúde que ampliam o espaço de discussão e apontam a necessidade de definir um plano nacional que abranja as três instâncias de governo federal, estadual e municipal, propondo ações de descentralização a partir da participação dos municípios na solução dos problemas de saúde, que, no entanto, deu continuidade ao investimento na indústria farmacêutica estatal e na medicina privada.

O contexto político brasileiro era populista, pois o governo fazia apelo a uma ideologia difusa de adesão das massas por meio do nacionalismo, desenvolvimentismo, moralismo e reformismo, o que influenciou substancialmente, durante essas décadas, o modelo de saúde com ênfase na assistência curativa e individual, caracterizado pelo crescimento do hospital impulsionado pela industrialização. Com o desenvolvimento econômico, a implementação da indústria automobilística e a abertura do País para o capital estrangeiro, bem como com o uso do dinheiro da previdência social, algumas empresas começam a construir seus próprios hospitais, surgindo a medicina de grupo empresas com finalidade de prestar serviços médicos particulares aos empregados de outras empresas que os contratam, marcando o nascimento da assistência médica a previdência privada.

As políticas públicas, que se expandem nessa fase, apresentavam forte centralidade administrativa, principalmente a concepção de planejamento em saúde, além de efetivar investimentos priorizando a iniciativa privada, seguindo o modelo de saúde americano. Bravo (2006, p.92) aponta que a estrutura para atendimento hospitalar já estava pronta e indicava a formação das empresas médicas: “A corporação médica ligada aos interesses capitalistas do setor era, no momento, a mais organizada e pressionava o financiamento por meio do Estado, da produção privada, defendendo claramente a privatização”. As reformas e construções de hospitais com tecnologia de alto custo abriram espaço para o fortalecimento da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares, representando o privilégio do setor privado, que no período militar será enfatizado pela compra de serviços médicos a terceiros.

Adianta-se que no momento que compreende os anos de 1960 a 1988, o sistema de proteção social sofre alterações significativas, mas “[...] sem romper com a lógica de período anterior”, na análise de Cohn (1997, p.230). Ao mesmo tempo em que acontece a ampliação das políticas sociais, no período do regime militar autoritário, por um processo acelerado de privatização nos setores de bens de consumo coletivo, como é o caso da saúde e da educação, a partir de meados da década de 1970, o País assiste a um movimento de vários setores da sociedade civil para a democratização da saúde.

Os anos de 1960 iniciam no Brasil uma fase difícil na área política e econômica. O País vive uma profunda crise, decorrente da política desenvolvimentista e endividamento no governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961), que se agrava nos governos de Jânio Quadros (1961-1964) e João Goulart (1964-1968), sem o apoio político necessário para governar.

O golpe militar de 1964 instaurou a ditadura e o obscurantismo, que vai perdurar por vinte anos, e estimulou uma modernização conservadora no País. Na análise de Behring & Boschetti (2006), as razões dessa nova crise do capital têm início nos anos 1970 como uma reação da burguesia e que explicam as mudanças no campo da política social. Nesse cenário, as pressões para a reconfiguração do papel do Estado capitalista colocam uma nova condição para a implementação de políticas sociais. Problemas como a superprodução, o desemprego resultante da introdução de novas técnicas, a elevação nos preços de matéria-prima, a diminuição do comércio mundial e a inflação são elementos que influenciaram a queda da demanda global, ocasionando uma recessão profunda e estagnação do capitalismo.

O período que compreende 1964 a 1988, ano em que é aprovada a nova Constituição Federal brasileira, tem o caráter político das relações sociais determinado pela ditadura militar (1964-1985), marcado pela repressão, violência e tortura. A ditadura caracterizou-se pela negação violenta dos direitos civis e políticos e por forte censura, ausência de eleições, centralização administrativa, controle do Congresso Nacional e do poder militar no Executivo, a repressão violenta aos opositores do governo, considerados subversivos por lutarem, de forma armada ou não, pela derrubada dos sistemas autoritários, e sua substituição pelo governo democrático e/ou socialista (Faleiros, 2000). A repressão foi a estratégia utilizada pelo Estado para intimidar a população, considerada subversiva e que, segundo Faleiros (1992, p.176, destaque do autor), “[...] não se restringia apenas a militantes dos movimentos sociais, mas àqueles considerados indivíduos ‘perigosos’ por seu comportamento

ou pensamento”. Consistia, também, “[...] na perda do trabalho (aposentadoria compulsória e demissão) e a privação dos direitos políticos por dez anos”.

O País desenvolveu-se economicamente com a expansão da produtividade, a modernização da economia e a entrada do capital estrangeiro em parceria com o Estado, e pautava-se pela consolidação do capitalismo monopolista associado aos interesses transnacionais que, para Netto (2005, p.27), “[...] é definido em proveito do grande capital, fundamentalmente dos monopólios imperialistas”. Esse modelo garantiu o desenvolvimento dependente, associado a uma estrutura de poder, o que significou, nas palavras do autor, a “modernização conservadora” (Netto, 2005, p.28), que consagrava os interesses do monopólio com favorecimento ao capital estrangeiro e aos grandes grupos nativos, induzindo à concentração e centralização do capital.

A política adotada pela ditadura militar agrava a crise salarial, leva a classe trabalhadora à miséria, aumenta o êxodo rural e, conseqüentemente, a urbanização acelerada e sem planejamento compromete as condições de vida da população e aumenta as doenças e a mortalidade infantil. Permitiu uma deteriorização nas condições de saúde da população, tanto pelo aumento da miséria nas cidades quanto pela mudança de ênfase dos investimentos em saúde e diminuição dos investimentos e recursos, sucateando os serviços de saúde, e os programas de saneamento são abandonados.

A unificação do sistema previdenciário em uma estrutura única, em 1966, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), vai concentrar todas as contribuições previdenciárias do País, incluindo trabalhadores da indústria, do comércio e dos serviços, e vai gerar, inclusive, as aposentadorias, pensões e assistência médica de todos os trabalhadores do País. Em 1977, uma reforma administrativa criou o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (Simpas), que compreendia o INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica e o Instituto Nacional de Administração da Previdência Social.

Com essa medida, o governo federal, por meio do INPS, criou linhas de financiamento a fundo perdido para a iniciativa privada construir hospitais particulares, visando ampliar o número de leitos hospitalares, mostrando a intenção de atender a todos os trabalhadores inscritos na previdência social. E, além disso, anunciou a extensão da previdência social aos trabalhadores rurais, que passam a ter direito a assistência médica e aposentadoria.

Ao analisar as características da política social na ditadura militar, Bravo (2006, p.95) reflete que a partir dos anos 1970 houve uma combinação de “repressão e assistência”, visto que o modelo chamado “Milagre Econômico”, crescimento econômico provocado pela disponibilidade de capital externo ocorrida entre os anos 1968-1974 por determinação dos governos militares e que provocou no País, nas décadas seguintes, a aceleração da expansão industrial, demonstrou sinais de fragilidade, em uma conjuntura de crise econômica e de deflagração do processo de organização e articulação dos movimentos sociais, sindicais e populares.

Faleiros (2000) reflete as características da política social na ditadura militar, no contexto de perda das liberdades democráticas, de censura, prisão e tortura, o bloco militar tecnocrático empresarial buscou adesão e legitimidade por meio da expansão e modernização de políticas sociais. O Estado, na busca de conter os conflitos sociais e superar a crise, implementou políticas sociais abrangentes, como a ampliação da cobertura previdenciária. Dessa forma, a previdência social conheceu, nesse período, sua maior expansão em números de leitos disponíveis, com cobertura da massa de recursos arrecadados.

Nessa associação entre previdência, assistência e saúde, o governo militar estimulou as políticas públicas como estratégia de busca de legitimidade, abrindo espaço para a saúde, a previdência e a educação privadas, reproduzindo nas políticas sociais as tendências da nova política econômica implementada. A medicalização da vida social foi imposta, tanto na saúde pública quanto na previdência social, e os programas de saúde desenvolveram-se com base no privilegiamento do setor privado.

O governo primou pelo investimento nos procedimentos de alta complexidade e, portanto, de alto custo. Reforçou, do mesmo modo, o investimento na medicina privada, por meio de convênios com hospitais, clínicas e serviços particulares, e desprestigiou visivelmente os serviços públicos, dando vulto ao capital industrial da saúde privada. Além disso, favoreceu o modelo de saúde curativa e

especializada. A ação estava voltada para os hospitais e ambulatorios. Embora os centros de saúde tenham sido criados desde meados da década de 1920, não foram valorizados para o desenvolvimento de ações básicas de saúde (Bravo & Matos, 2002).

A área da saúde foi profundamente atingida, com ênfase no modelo de atenção curativo, individual e especializado, o incentivo à indústria de medicamentos e equipamentos médico hospitalares, orientados pelo lucro. Assim, assumiu as características capitalistas, com incorporação das modificações tecnológicas do exterior, declínio da medicina pública e crescimento da medicina previdenciária, principalmente após a reestruturação do setor, como analisado por Silva et al. (2007).

Para Nunes, durante os anos 1960, as abordagens fenomenológicas estiveram efetivamente presentes no campo do pensamento sobre a saúde, com destaque para estudos que elucidavam a relação entre o médico e demais profissionais, análises de hospitais e, entre outros, a medicina comunitária. Importa enfatizar que o hospital foi idealizado como o locus ideal para o exercício da medicina, como explicitado por Nunes (1985, p.46, destaque do autor): “A partir de 1965 é evidente o destaque de um modelo de atenção médica principalmente curativa, especializada, de elevado nível tecnológico, dependente da ‘indústria da saúde’ e de elevado custo”.

A focalização dada à comunidade não consegue responder as novas demandas sociais, e a compreensão dos problemas de saúde passa pelo contexto social, político e econômico. Nunes (1985) aponta que, a partir da década de 1970, é possível contar com o acréscimo da produção intelectual na área da saúde dentro do enfoque marxista. Ele situa algumas contribuições efetivas para a compreensão do processo saúde doença: a epidemiologia social é vista como um fato social e coletivo. Da mesma forma, vê-se a reprodução social da força de trabalho evidenciada pela economia política, pela economia da saúde e pelo controle social.

A partir dos anos 1970, houve uma combinação de “repressão e assistência” (Bravo, 2006, p.95), visto que o modelo chamado “Milagre Econômico”, de 1968-1973, expressão que se refere ao crescimento econômico provocado pela disponibilidade de capital externo ocorrida entre os anos 1968-1974, por determinação dos governos militares, provocou no Brasil nas décadas seguintes a aceleração da expansão industrial. Esse modelo, sustentado inclusive pela intensificação das horas trabalhadas, pela diminuição dos salários e pela submissão do trabalhador aos ritmos das máquinas, demonstrou sinais de fragilidade, em uma conjuntura de crise econômica e de deflagração do processo de organização e articulação dos movimentos sociais, sindicais e populares. O Estado, na busca de conter os conflitos sociais e superar a crise, implementou políticas sociais abrangentes como a ampliação da cobertura previdenciária, como refere Faleiros (2000).

Analisando a reestruturação das políticas sociais, Potyara Pereira (2000) relata que nos anos 1970 o crescente domínio do mercado nos processos econômicos e sociais desencadeou novas formas de expressão da questão social. Essas novas formas de expressão da “nova questão social”, com o crescimento do desemprego, da pobreza e da exclusão social, têm uma amplitude global e consequências que levam ao desmonte dos direitos sociais. A autora ressalta que a concretização de direitos sociais, por meio das políticas sociais e seus mecanismos de proteção social, vão se desintegrando, e há o “[...] desmonte da cidadania social uma das maiores conquistas democráticas e o abalo da utopia de construção sociedade livre de incertezas e desamparos sociais” (Pereira, 2000, p.56).

Laurell (1989) descreve as políticas sociais como o conjunto de medidas e instituições que tem por objetivo o bem-estar e os serviços sociais, para ampliar a cidadania, a inclusão social e política dos indivíduos. Mas, em uma sociedade desigual, o Estado tem um papel redistributivo, desenvolvendo políticas sociais do ponto de vista econômico com caráter compensatório e promocional, para oferecer serviços à população e controlar o modo de relações na sociedade.

Esse sistema dual de acesso às políticas sociais foi se configurando para quem pode e para quem não pode pagar. Essa é uma das principais heranças do regime militar para a política social e que aproxima mais do sistema norte-americano de proteção social que do Welfare State europeu. Outra herança é que, mesmo com alguns avanços e uma ampliação dos acessos públicos e privados, as ações de saúde pública estavam direcionadas para campanhas de erradicação de doenças, e milhões de brasileiros não tinham nenhum acesso aos serviços de saúde e permaneciam fora do complexo assistencial industrial tecnocrático militar: “[...] o setor privado para os ricos, os planos de saúde para

um grupo seletivo de assalariados e classe média, os serviços públicos para os pagantes da previdência e para os pobres, a caridade, feita em geral por entidades municipais ou filantrópicas com apoio estatal” (Faleiros, 2000, p.48).

As abordagens fenomenológicas estiveram efetivamente presentes no campo do pensamento sobre a saúde, com destaque para estudos que elucidavam a relação entre o médico e demais profissionais, análises de hospitais e, entre outros, a medicina comunitária. O hospital foi destacado como o local ideal para o exercício da medicina, consagrando um modelo de atenção médica curativa, especializada, baseado em tecnologia de alto custo e subordinado à “indústria da saúde”, como analisa Nunes (1985, p.46).

A partir dos anos 1970, portanto, é possível contar com o acréscimo da produção intelectual na área da saúde, dentro do enfoque marxista, com algumas contribuições para a compreensão do processo saúde-doença, que na maneira de ver da epidemiologia social, é visto como um fato social e coletivo. E, também, nesta época, “[...] problematiza-se o surgimento e o desenvolvimento das políticas sociais no contexto da acumulação capitalista e da luta de classes, com a perspectiva de demonstrar seus limites e possibilidades na produção do bem-estar nas sociedades capitalistas” (Behring & Boschetti, 2006, p.37).

O processo de modernização conservadora em que o País viveu durante a ditadura militar e o desenvolvimento baseado na industrialização e urbanização aceleradas e sem planejamento agravam a crise salarial, levam a classe trabalhadora à miséria, aumentam o êxodo rural, comprometem as condições de vida da população e aumentam as doenças e a mortalidade infantil. A ditadura permitiu uma deteriorização nas condições de saúde da população, tanto pelo aumento da miséria quanto pela mudança na ênfase dos investimentos em saúde e diminuição dos recursos, sucateando os serviços de saúde e abandonando programas importantes de saneamento básico e infraestrutura.

A política adotada pela ditadura levou a uma lenta e gradual distensão do regime militar, em um processo de transição democrática que, segundo Behring & Boschetti (2006, p.138), “[...] irá condicionar a adesão brasileira às orientações conservadoras neoliberais já em curso no nível mundial”. Essa transição relacionada ao endividamento do País é um dos motivos do fim do governo militar e, do mesmo modo, aprofundamento das contradições sociais no País, com a radicalização das expressões da questão social.

A estagnação do crescimento e do próprio capitalismo tem efeitos no empobrecimento da população e na deficiência dos serviços sociais públicos, em um contexto de desemprego, aumento da demanda, retração dos direitos, concentração de renda associada à concentração do capital e incentivo da exportação baseada em produtos agrícolas e intermediários, sem considerar as necessidades internas do País. Essa estagnação é uma “reação da burguesia”, como resposta à reestruturação produtiva e à mundialização do capital e do neoliberalismo, “[...] que colocam a política social em uma nova condição [...], no contexto da ditadura militar pós-1964 até o processo de redemocratização dos anos 1980, que resulta no desenho social-democrata da Constituição de 1988” (Behring & Boschetti, 2006, p.24)

Para Cohn (1997, p.231, grifo da autora), esse período do regime autoritário é marcado pelo desenvolvimento sem democracia, caracterizando-se por um modelo econômico de acumulação excludente, que tem “[...] como base investimentos no setor de bens de capital, grande presença do capital financeiro e crescentes empréstimos internacionais [...]”. A inserção da economia no mercado mundial sustenta o milagre brasileiro, de 1968 a 1975, e, apesar de haver a ampliação de benefícios e políticas sociais, a base de financiamento do sistema permanece contributiva e não se amplia.

A privatização da assistência médica concretiza-se nas décadas de 1960 e 1970, e se solidifica nestas, com apoio e atuação do Estado e crescimento dos gastos no orçamento da previdência social, que passa a “[...] ofertar assistência médica aos seus segurados fundamentalmente pela compra de serviços médicos do setor privado, que tem assim garantido um mercado cativo”, lembra Cohn (1997, p.232). Como consequência, assinala a autora, um “[...] sistema privado prestador de serviços de saúde altamente complexo, com alta densidade tecnológica, e que progressivamente vai se transformando num setor de acumulação de capital”.

Porém, é também no final dos anos 1970 que o sistema de proteção social entra em colapso, provocado por fatores como a conjuntura econômica demarcada pela inflação, a dívida pública externa acentuada, os custos elevados da assistência médica previdenciária, o fim do “milagre econômico”. As práticas de saúde concentravam-se na medicina dos hospitais ou nos ambulatorios previdenciários, mas diante do fim do “Milagre Econômico”, o regime militar passou a demonstrar seu esgotamento, tornando-se suscetível a questionamentos.

Pereira (2000), discutindo a reestruturação das políticas sociais nos anos 1970, relata que o crescente domínio do mercado nos processos econômicos e sociais desencadeou novas formas de expressão da questão social, em uma amplitude global e efeitos comuns, desemprego estrutural, aumento da pobreza e da exclusão social, precarização e casualização de trabalho e desmonte de direitos sociais. Os mecanismos de proteção pública, desenvolvidos por meio de políticas sociais públicas que pretendiam concretizar direitos de cidadania, estão se desintegrando. Hoje, no lugar de compromisso governamental com o emprego e políticas sociais universais, “[...] predominam políticas sociais residuais, casuais, seletivas ou localizadas na pobreza extrema” (Pereira, 2000, p.45).

O grande problema gerado por essa conjuntura foi o desmonte da cidadania social, observa Pereira (2000, p.45), “[...] uma das maiores conquistas democráticas e o abalo da utopia de construção de uma sociedade livre de incertezas e desamparos sociais”. A perda de garantias e a exclusão social apontam “para a destruição dos vínculos que atacam um grande número de pessoas às engrenagens de uma sociedade que se pretendia integradora”, e questiona ainda como “[...] um ator social subordinado e dependente poderia tornar-se um sujeito social pleno” (Pereira, 2000, p.56).

As Conferências Nacionais de Saúde, durante a ditadura militar, aconteceram com pouca participação e sob forte repressão do Estado. A 4a (CNS, 1967), com o tema “Recursos humanos para as atividades em saúde”, apontou para a necessidade da formação profissional sanitária do trabalhador da área de saúde. Já a 5a (CNS, 1975)² e a 6a (CNS, 1977)³ tiveram como foco a institucionalização e implementação do sistema nacional de saúde, e a 7a CNS (1980) tem como tema central a “Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos”. Assim, as discussões estavam direcionadas para o deficiente sistema previdenciário e tinham pouca expressão social e política. No entanto, já existia uma movimentação social para a luta por melhores condições de vida e de saúde não apenas no Brasil, mas no mundo.

Observa-se, portanto, que até a década de 1970, as práticas de saúde concentravam-se na medicina dos hospitais ou nos ambulatorios previdenciários, mas diante do fim do “milagre econômico”, o regime militar passou a demonstrar seu esgotamento, tornando-se suscetível a questionamentos. As forças sociais, até então reprimidas e reprimidas pelo regime em vigor, conseguem expressão na sociedade mediante movimentos como os deflagrados pela Anistia Internacional, a União Nacional dos Estudantes (UNE), o Movimento Sindical (especialmente o metalúrgico) e o movimento sanitário de democratização da saúde.

É certo que a concepção de saúde no Brasil, ao longo dos tempos, privilegiou uma minoria com seus serviços de assistência médica. Eles foram desenvolvidos pelas entidades filantrópicas ou ainda por meio de subsídios do sistema previdenciário aos que estavam formalmente vinculados ao mercado de trabalho e aos serviços privados comprados para esse fim, favorecendo a comercialização da saúde.

Assim, àqueles que objetivavam romper com as práticas conservadoras não cabia reproduzir as ações de saúde sem o seu questionamento. Têm de buscar os elementos favorecedores da ruptura da direção política da saúde como um produto a ser consumido, rompimento o qual ainda não foi dado e tampouco está concluído, mas como um projeto de luta de transformação da sociedade, que se renova cotidianamente pela defesa da saúde como um direito universal.

Sistema Único de Saúde (SUS)

A expressão 'Sistema Único de Saúde' (SUS) alude em termos conceituais ao formato e aos processos jurídico-institucionais e administrativos compatíveis com a universalização do direito à saúde e em termos pragmáticos à rede de instituições – serviços e ações – responsável pela garantia do acesso aos cuidados e atenção à saúde. Os termos que compõem a expressão 'SUS', espelham positivamente críticas à organização pretérita da assistência médico-hospitalar brasileira. 'Sistema', entendido como o conjunto de ações e instituições, que de forma ordenada e articulada contribuem para uma finalidade comum, qual seja, a perspectiva de ruptura com os esquemas assistenciais direcionados a segmentos populacionais específicos, quer recortados segundo critérios socioeconômicos, quer definidos a partir de fundamentos nosológicos. 'Único' referido à unificação de dois sistemas: o previdenciário e o do Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde, consubstanciada na incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) pelo Ministério da Saúde e na universalização do acesso a todas ações e cuidados da rede assistencial pública e privada contratada e ao comando único em cada esfera de governo.

Saúde' compreendida como resultante e condicionante de condições de vida, trabalho e acesso a bens e serviços e, portanto, componente essencial da cidadania e democracia e não apenas como ausência de doença e objeto de intervenção da medicina; a saúde, tomada como medida de determinações sociais e perspectiva de conquista da igualdade, contrapõe-se ao estatuto de mercadoria assistencial que lhe é conferido pela ótica economicista, tal como definida na VIII Conferência Nacional de Saúde é "a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde".

HISTÓRICO: O CONTEXTO DE FORMULAÇÃO E INSCRIÇÃO DO SUS NA CONSTITUIÇÃO DE 1988

O SUS foi formulado, na esteira da luta pela redemocratização do Brasil, por intelectuais, entidades de profissionais de saúde, estudantes e outras entidades da sociedade civil. Como expressão institucional da Reforma Sanitária, o SUS, entre outras referências, inspirou-se no processo de mudança no sistema de saúde italiano – denominado Riforma Sanitaria do qual se originou a Lei n. 833 de 1978 sobre a Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. A convergência entre as mudanças teórico-conceituais acerca das concepções sobre as relações entre saúde, Estado e sociedade e as lutas pelas liberdades democráticas contra o regime militar confluíram para a formulação e tradução operacional da Reforma Sanitária Brasileira.

O lema "saúde é democracia" embalou as proposições da Reforma Sanitária difundidas durante a preparação e realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. A efervescência dos movimentos sociais a partir da metade da década de 1970, a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, as experiências locais alternativas de organização de serviços de saúde, a presença de sanitaristas no planejamento de instituições de saúde e, sobretudo, o intenso debate e a apresentação de reflexões, em fóruns dos movimentos sociais e nas arenas governamentais, sobre as alternativas à hegemonia dos interesses mercantis na assistência médica previdenciária, tornaram-se os ingredientes essenciais para a elaboração das diretrizes do SUS. Durante o I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados em 1979, o documento do Cebes intitulado "Saúde é Democracia" sinalizou para a necessidade de criação de um sistema único e para a necessidade de transformação das ações de saúde em bens sociais gratuitos sob responsabilidade do Estado a partir de uma base eficaz de financiamento. Tais premissas justapostas às aceções sistêmicas e universalistas sobre previdência e assistência social fundamentaram a inscrição do SUS como integrante das ações destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social no artigo 194 da Constituição de 1988.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS-POLÍTICOS DO SUS

O SUS resulta da formulação e legitimação de estratégias de reordenação do sistema de saúde brasileiro postas em disputa com teorias divergentes sobre as concepções sobre saúde-doença e distintos projetos de poder no campo da saúde. A partir da concepção histórico-estruturalista, os estudos sobre as relações entre medicina e sociedade enfatizaram a necessidade de desvendar os padrões de intervenção estatal específicos na área da saúde. As interpretações sobre as articulações entre saúde e política econômica buscaram evidenciar simultaneamente: 1) a natureza objetiva

(histórico- material) da sociedade, a identificação de padrões, variações e matizes dos arranjos político-institucionais presentes no setor saúde no Brasil; 2) a identificação e análise da origem e das contradições entre projetos de atores singulares, suas projeções no Estado, visto não apenas como locus de preservação de legitimação, mas também como arena de disputa por hegemonia. O padrão dual de desenvolvimento social e econômico e seus rebatimentos sobre os níveis de desigualdade e indicadores de saúde, em um contexto pautado pela emergência de demandas complexas em termos sociais, biológicos e geográficos questionavam as respostas estatais centradas em programas de controle de endemias, por meio da atuação do Ministério da Saúde ou do atendimento individual a determinadas categorias de trabalhadores, administrado pela Previdência Social. No final dos anos 70, o descompasso entre as receitas e as despesas com saúde e as críticas à natureza dicotomizada e fragmentada do sistema foram incluídos nas agendas de reivindicação dos movimentos sociais e nas pautas da grande imprensa.

No período de transição democrática, a feição nacional e universalista da luta pela transformação do sistema de saúde e das condições de saúde da população brasileira viabilizou alianças com setores progressistas de diferentes orientações político-partidárias. Os compromissos com a produção de conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde, com o movimento por mudança no sistema de saúde e mudanças na sociedade brasileira lastrearam a formulação do SUS. No início da denominada Nova República, a coalizão suprapartidária e a mobilização social, essenciais para a inclusão da Seguridade Social e do SUS como direitos de cidadania, tornaram exequível a nomeação de integrantes do movimento sanitário para cargos de direção no Ministério da Saúde e na Previdência Social, que, por seu turno, construíram as bases técnicooperacionais para a transferência de recursos humanos, financeiros e físicos e competências do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social para o Ministério da Saúde.

BASES JURÍDICO-LEGAIS DO SUS

O direito à saúde elevado ao patamar de direito essencial em função de sua ligação intrínseca com o direito à vida e à dignidade da pessoa humana no âmbito da positivação dos direitos sociais atribuída pela Constituição de 1988, traduz-se no reconhecimento da saúde como direito público subjetivo de eficácia plena e imediata. A tutela estatal e o agir positivo, ao ensejarem a criação e efetivação de políticas públicas, fazem com que esses direitos adquiram caráter coletivo. O SUS, responsável pela garantia do exercício do direito à saúde, tem como suportes doutrinários o direito universal e dever do Estado (artigo 196 da Constituição Brasileira de 1988); a integralidade das ações de saúde; a descentralização, com direção única em cada esfera de poder e a participação da sociedade (artigo 198). Em termos operacionais, trata-se de um sistema unificado, regionalizado, com atribuições definidas por esfera de governo, financiamento compartilhado e áreas de competências e abrangência firmadas. A saúde passa a ter o estatuto de bem de relevância pública tal como previsto no artigo 197, que define a competência do poder público na regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde.

O artigo 199 franqueia à iniciativa privada a participação nas atividades de saúde. As áreas de atuação e competência dos órgãos do sistema de saúde são definidas no artigo 200. Segundo este dispositivo, o controle, fiscalização, execução e ordenamento das políticas, ações e programas referentes a itens diversos, tais como alimentos, medicamentos, equipamentos, hemoderivados, saneamento básico, formação de recursos humanos para a saúde, ambientes de trabalho, desenvolvimento científico e tecnológico e meio ambiente são atribuições do SUS. O conteúdo constitucional do SUS é discriminado e detalhado em duas leis orgânicas, a Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/ 90. A Lei 8.080/90 contém dispositivos relacionados com o direito universal, relevância pública, unicidade, descentralização, financiamento, entre outros, enfatizando a definição das atribuições de cada esfera de governo dentro do novo sistema. A Lei 8.142/ 90 dispõe sobre o caráter, as regras de composição, regularidade de funcionamento das instâncias colegiadas do SUS – o conselho e a conferência de saúde – e transferências intergovernamentais de recursos. Ao longo do tempo, a legislação ordinária foi complementada por decretos de autoria do poder executivo ou do legislativo e normas emanadas do Ministério da Saúde, entre as quais as normas operacionais básicas (NOBs) que determinaram as regras para o repasse dos recursos federais às esferas subnacionais.

O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES ORGANIZACIONAIS DO SUS

Os questionamentos à Constituição de 1988, especialmente quanto à generosa e abrangente perspectiva de organização de um sistema integrado de seguridade social e ao apoio às propostas de organização de seguros baseados na relação contribuição-benefício sob regime de capitalização emanadas do receituário de ajuste fiscal, alteraram o curso de implementação do SUS. No início dos anos 90, a conjuntura adversa aos projetos de corte universalista contribuiu para a fragmentação das bases de apoio político, não observância das normas sobre as receitas e destinos do orçamento da 'seguridade social' e distintas velocidades da regulamentação de cada um de seus componentes: saúde, previdência e assistência social. A fragmentação da seguridade social e, em especial, o não cumprimento dos preceitos constitucionais relacionados com o financiamento da saúde limitaram a plena implementação do SUS. Em 1993, o então Ministério da Previdência e Assistência Social retirou as transferências destinadas à saúde a partir da contribuição sobre a folha de salários. Desde então, a resistência contra o subfinanciamento da saúde tem sido a tônica de entidades da sociedade civil, parlamentares e integrantes do poder judiciário e do ministério público, e a participação das esferas subnacionais, principalmente os municípios, tem sido crescente.

A mobilização permanente em torno da garantia de recursos para a saúde gerou compromissos governamentais com a estabilidade dos repasses tal como expressos na Emenda Constitucional 29. No que concerne ao desenho e à execução dos pactos intergovernamentais para consolidar o processo de descentralização e reorganizar as redes do sistema de saúde, os avanços são notáveis. Nos marcos da democracia e do federalismo, o SUS construiu uma estrutura institucional complexa para coordenar as ações dos três níveis de governo: as ações de saúde pública e os serviços de saúde estatais, filantrópicos e privados. As Comissões Gestoras Bipartite e a Comissão Tripartite, integradas por representantes das três esferas de governo, são instâncias de decisão compartilhada sobre políticas de saúde. Os governos locais tornaram-se essenciais na organização da atenção à saúde, e os representantes dos usuários, profissionais de saúde e gestores civis dispõem de instrumentos para formular políticas de saúde, controlar e fiscalizar a ação das instituições de saúde. Contabilizam-se ainda, entre os expressivos avanços da estruturação de um sistema único e descentralizado, os êxitos do impacto sobre o controle/redução de agravos relacionados com a oferta de atenção universal a grupos populacionais definidos.

Contudo, o SUS, no que concerne especialmente à oferta de assistência médico-hospitalar, não é universal. A preservação da segmentação das demandas condiciona e de certo modo legitima o subfinanciamento público para a atenção universal à saúde e desafia permanentemente a lógica da organização do SUS. A vigência da clivagem assistencial afeta a equidade do acesso aos serviços de saúde, os valores sobre a qualidade do que é público e a própria definição de SUS. Os usos correntes do termo SUS, como sinônimo de um convênio de repasse de recursos ou órgão de compra de serviços e não como sistema de saúde, restringem drasticamente sua natureza e atribuições constitucionais. Alternativamente, a imunidade do direito à saúde tal como previsto pela Constituição de 1988 às tentativas de desfigurá-lo, bem como os efeitos favoráveis da inclusão e universalização das ações de saúde conferiram ao SUS o estatuto de política de Estado e modelo exemplar de sistema de saúde na América Latina.

O RESGATE DO SUS CONSTITUCIONAL

As avaliações sobre a persistência de problemas de saúde e elevadas desigualdades econômico-sociais e no acesso a bens e serviços vis-à-vis o subfinanciamento, as distorções na estrutura dos gastos públicos e a subordinação das políticas sociais em face da 'financeirização' do orçamento público estimularam a realização do VIII Simpósio da Câmara Federal sobre Política Nacional de Saúde em 2005. O debate e a mobilização para o resgate do SUS constitucional implicam a defesa da seguridade social e a definição de uma política nacional de desenvolvimento e, portanto, revisão da política monetária.

Recursos oriundos da desvinculação de receitas da União, inclusive das contribuições sociais e do elevado superávit fiscal, devem ser redirecionados para as políticas sociais. As iniciativas de criar e reunir um Fórum da Reforma Sanitária na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca e a realização de reuniões conjuntas da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Rede Unida, Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), Associação Nacional de Promotores do Ministério Público em Defesa da Saúde (Ampasa) e a Frente Parlamentar da Saúde permitiram ampliar e aprofundar a reflexão e as propostas de resgate do SUS constitucional.

História e Conceitos da Atenção Primária em Saúde

A primeira definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta na Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata. De acordo com a declaração de Alma-Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (ALMA-ATA, 1978).

Atenção Primária à Saúde forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições.

A atenção primária à saúde (APS) pode ser entendida como o primeiro nível do sistema de serviço de saúde, o qual deve funcionar como porta de entrada preferencial do sistema, com ações resolutivas sobre os problemas de saúde, articulando-se com os demais níveis de complexidade, formando assim uma rede integrada de serviços (STARFIELD, 2004).

Pode ser vista como uma estratégia flexível, caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipes de saúde, que garante uma atenção integral oportuna e sistemática em um processo contínuo, sustentado por recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados, a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores, organizado em consonância com a comunidade a fim de proteger, restaurar e reabilitar a saúde dos indivíduos.

Suas famílias e da comunidade em um processo conjunto de produção social de saúde, mediante um pacto social que inclui aspectos biopsicossociais e do meio ambiente não discriminando nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural de raça ou sexo (LAGO & CRUZ, 2001).

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) é a principal estratégia de implementação e organização da APS (BRASIL, 2004).

Até o surgimento do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, a atenção básica à saúde organizava-se, sobretudo com base em serviços norteados pelos princípios de um modelo que entendia a saúde apenas como a ausência de doença, baseando-se em práticas frequentemente clientelistas e de conteúdo curativo.

A oferta de atenção concentrava-se no indivíduo e suas demandas, desconsiderando a realidade e autonomia locais, o planejamento a partir de perfis epidemiológicos e a participação comunitária (PAIM, 2003).

De acordo com Sampaio (2008), muitos movimentos foram realizados visando ao fortalecimento da APS no país, merecendo destaque a criação do Departamento de Atenção Básica pelo Ministério da Saúde em 2000.

A implementação da Política Nacional de Atenção Básica e do Pacto pela Saúde e Pela Vida no ano de 2006, documentos que reiteraram como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de APS e centro ordenador das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006).

O PSF incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e desponta como um novo paradigma na atenção à saúde, com diretrizes que criam uma nova forma de produzir as ações e serviços de saúde, na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial mecanicista e biomédico (SOUZA, 2008).

Portanto, desde sua implantação, o PSF se propõe a transformar o tradicional modelo sanitário brasileiro médico, medicamentoso, curativo e individual, que tem no hospital o lócus de solução para todo e qualquer problema de saúde, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família

e na comunidade,, no entanto, apenas a implantação do PSF não garante o alcance da mudança do modelo assistencial proposto pelo SUS (GOMES, 2011).

Faz-se necessário uma estruturação dos serviços com base nas necessidades da população, o qual implica a implementação de abordagens mais amplas e complexas do que as centradas no cuidado curativo, que viabilizem a compreensão de como os problemas de saúde se manifestam na população. Nessa perspectiva, a atuação dos trabalhadores de saúde não deve restringir-se apenas à unidade básica de saúde (UBS).

É necessário que ocorra também nos domicílios e demais espaços comunitários, permitindo maior contato com as singularidades de cada indivíduo, família e comunidade, de forma a contribuir para as ações efetivas e adaptadas às desigualdades dos grupos sociais e diferentes demandas em saúde garantindo assim uma atenção integral à saúde.

A formulação de uma política voltada para a organização de um sistema de saúde equânime, integral e resolutivo requer, para o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população, a realização de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde.

O modelo atual de organização da atenção encontra-se estruturado em três níveis hierárquicos complementares de atenção à saúde: atenção básica, de média e alta complexidade. Nessa estrutura, destaca-se a Média Complexidade como parte importante do sistema, componente fundamental para a efetiva implementação das diretrizes previstas nas orientações que estruturam o SUS.

O Que Seria Então a Atenção a Saúde?

Atenção ou assistência?

Em uma visão ampliada do processo saúde-adoecimento (PSa), as práticas de saúde devem ir além da assistência à saúde de indivíduos, ocupando-se também da atenção à saúde.

A assistência seria então entendida como um conjunto de procedimentos clínico-cirúrgicos dirigidos a indivíduos, estejam eles doentes ou não.

A atenção seria um conjunto de atividades intra e extra-setor saúde (intersetorialidade) que, incluindo também a assistência individual, não se esgota nela, atingindo grupos populacionais com o objetivo de manter a condição de saúde, requerendo ações concomitantes sobre todos os determinantes do PSa (NARVAI, 2008).

Partindo dessa perspectiva ampliada de saúde, podemos entender a atenção à saúde como sendo o campo de competência do profissional de saúde dentro de um PSa, compreendido como complexo e multideterminado, reconhecendo-se as limitações importantes do setor de saúde nesse processo. Também, e com a mesma conotação, a atenção à saúde seria o objeto de atuação dos serviços de saúde, tanto os de Saúde Pública, quanto os de Saúde Suplementar (NARVAI, 2008).

Ações da Atenção à Saúde

De modo geral, deve-se promover ações individuais e ações coletivas dentro de um modelo ampliado de atenção à saúde. As ações individuais, dentro desse conceito ampliado, reconhecem os indivíduos como sujeitos, portadores de direitos e responsabilidades não mais como objetos de ações coletivas, que antes não reconheciam as singularidades das pessoas e comunidades (NARVAI, 2008). Essas ações podem ser preventivas ou terapêuticas, como por exemplo: aplicação de vacina, restauração dentária, sutura, entre diversas outras.

As ações coletivas devem impactar grupos ou organizações, pressupondo algum tipo de interesse específico compartilhado, ou ainda a interação entre os participantes. Os exemplos seriam as atividades educativas em grupo, palestras, peças publicitárias em meios de comunicação de massa, entre outras (NARVAI, 2008).

Tanto as ações individuais quanto as coletivas devem buscar a integralidade, entendida em suas 3 dimensões:

Vertical, que busca atender a todas as necessidades de saúde do indivíduo (desde a promoção da saúde até a reabilitação), entendido em toda a sua complexidade biopsicosocial e espiritual;

Horizontal, que busca a integração de ações e serviços de atenção à saúde ao longo do tempo, para garantir a condição de saúde das pessoas;

Intersetorial, que reconhece os setores extra-saúde (educação, segurança etc.) como fundamentais para a promoção da saúde (NARVAI, 2008), como veremos com mais detalhes na seção específica sobre a promoção da saúde.

Programas de Atenção à Saúde

Os programas de atenção à saúde definem ações articuladas individuais e coletivas, recursos, tecnologias e estratégias para o enfrentamento das necessidades de saúde das pessoas e comunidades. Podem ser voltados a determinadas condições de saúde, ou a determinados grupos populacionais, ao longo do tempo.

Por exemplo, programas de controle da tuberculose e hanseníase, programas por ciclos vitais (saúde da criança, adolescentes e jovens, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do adulto e idoso etc.). Pode-se dizer também que os programas de atenção à saúde são a materialização da ação do Estado no âmbito da saúde (NARVAI, 2008).

Compreenderemos melhor essa abordagem mais ampla do conceito de saúde e atenção à saúde, como foco na reorganização dos sistemas de saúde, conhecendo um pouco do movimento moderno da Promoção da Saúde. Vejamos a seguir.

Promoção da Saúde

Promoção da Saúde e Níveis de Prevenção

A promoção da saúde foi nominada, pela primeira vez, pelo sanitarista Henry Sigerist, no início do século XX. Ele elaborou as quatro funções da Medicina: promoção da saúde, prevenção das doenças, tratamentos dos doentes e reabilitação. Segundo a sua concepção, a promoção da saúde envolveria ações de educação em saúde e ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida da população (DEMARZO, 2008).

Esse modelo contribuiu para destacar as ações sobre o ambiente e sobre os estilos de vida, além de ações clínicas, o que foi fundamental dentro do processo de transição epidemiológica vivenciado no último século, com as doenças crônico-degenerativas ocupando um lugar de destaque.

Dessa maneira, a promoção da saúde, além de se associar a medidas preventivas, passou a englobar a promoção de ambientes e estilos de vida saudáveis (WESTPHAL, 2006).

Leavell & Clark, em 1965, propuseram o modelo da história natural da doença, composto por três níveis de prevenção (apud DEMARZO, 2008): prevenção primária, secundária e terciária.

Nesse modelo, a promoção da saúde se limitava e compunha um nível de atenção da Medicina Preventiva (prevenção primária), constituindo ações destinadas ao desenvolvimento da saúde e bem-estar gerais no período de pré-patogênese. Essa abordagem, que muitas vezes nos faz associar "promoção da saúde" apenas com "educação em saúde" e prevenção primária de doenças, prevalece até hoje em nosso imaginário.

O Movimento Moderno da Promoção da Saúde

Marc Lalonde, Ministro da Saúde do Canadá na década de 1970, ao investigar o impacto dos investimentos e gastos em saúde na melhoria dos indicadores, constatou que 80% das causas das doenças estavam relacionadas a estilos de vida e ambiente. Esse foi um disparador para o questionamento sobre a capacidade das ações sanitárias setoriais serem capazes de resolver os problemas de saúde. Isto levou Lalonde a atribuir ao governo a responsabilidade por outras medidas, como o controle de fatores que influenciam o meio ambiente (poluição do ar, eliminação de dejetos humanos, água de abastecimento público) (WESTPHAL, 2006).

Nesse contexto, um conceito mais contemporâneo de promoção da saúde surgiu em 1986, quando a Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá.

Esse encontro consistiu em uma resposta à crescente demanda por uma nova concepção de Saúde Pública no mundo, que pudesse responder à complexidade emergente dos problemas de saúde, cujo entendimento não era mais possível por meio do enfoque preventivista tradicional vinculação de uma determinada doença a um determinado agente ou a um grupo de agentes, mas que se relacionasse a questões como as condições e modos de vida. Como produto da Conferência, foi emitida a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (WESTPHAL, 2006).

A Carta de Ottawa reforça o conceito ampliado de saúde e seus determinantes para além do setor saúde, englobando conjuntamente as condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais.

Ficaram definidos como condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (WESTPHAL, 2006).

Nessa concepção, mais moderna, a promoção da saúde se define como o processo de fortalecimento e capacitação de indivíduos e coletividades (municípios, associações, escolas, entidades do comércio e da indústria, organizações de trabalhadores, meios de comunicação), no sentido de que ampliem suas possibilidades de controlar os determinantes do PSa e, com isso, ensejem uma mudança positiva nos níveis de saúde.

Implica na identificação dos obstáculos à adoção das políticas públicas de saúde e em um modo de removê-los, além de considerar a intersetorialidade das ações, a implementação de ações coletivas e comunitárias, além da reorientação dos serviços de saúde (DEMARZO, 2008).

Assim, a nova promoção da saúde consiste em proporcionar às pessoas e comunidades os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. A Carta de Ottawa propôs também cinco campos de ação principais para a Promoção da Saúde (DEMARZO, 2008), descritos a seguir, no Quadro 1.

QUADRO I Cinco campos de ação para a promoção da saúde. (Carta de Ottawa, 1986)	
Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis	Minimização das desigualdades por meio de ações sobre os determinantes dos problemas de saúde (equidade). As políticas públicas saudáveis podem ser estabelecidas por qualquer setor da sociedade (intersetorialidade) e devem demonstrar potencial para produzir saúde socialmente. Como exemplos de políticas saudáveis citamos o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Política Nacional de Promoção da saúde do Ministério da Saúde.
Criação de ambientes favoráveis à saúde	Uma vez que a saúde seja reconhecida como socialmente produzida nos diferentes espaços de convivência, é fundamental que as escolas, os municípios, os locais de trabalho e de habitação sejam ambientes saudáveis.
Reforço da ação comunitária	Engloba a participação social (Estado e sociedade civil) na elaboração e controle das ações de Promoção da Saúde e visa o empoderamento da comunidade. Preza pelo fortalecimento das organizações comunitárias, pela redistribuição de recursos, pelo acesso a informações e pela capacitação dos setores marginalizados do processo de tomada de decisões.
Desenvolvimento de habilidades pessoais	Viabilizado por meio de estratégias educativas, são programas de formação e atualização que capacitam os indivíduos a participar, criar ambientes de apoio à Promoção da Saúde e desenvolver habilidades pessoais relacionadas à adoção de estilos de vida saudáveis.
Reorientação do sistema de saúde	Esforços para a ampliação do acesso, para a efetivação da equidade e para a adoção de ações preventivas por meio da moderna abordagem da promoção da saúde.

Desde a Carta de Ottawa, a OMS vem organizando novas conferências sobre Promoção da Saúde no sentido de reforçar, aprimorar e aprofundar os conceitos e ações definidos em 1986. Se analisarmos o histórico do conceito de Promoção da Saúde e, principalmente, as cartas e declarações resultantes das conferências internacionais sobre o tema, notaremos a tendência à adoção de uma visão holística da

saúde e ao entendimento da determinação social do processo saúde-doença e à compreensão da equidade social como objetivos a serem atingidos.

Assim, a intersetorialidade, a participação social para o fortalecimento da ação comunitária e a sustentabilidade são considerados como princípios ao se definirem estratégias de ação (DEMARZO, 2008).

Conceito de Prevenção Quaternária

As ações em saúde, tanto preventivas quanto curativas, têm sido consideradas, em algumas situações, excessivas e agressivas, tornando-se também um fator de risco para a enfermidade e a doença. Por essa razão, em 1995, Jamouille e Roland propuseram o conceito de Prevenção Quaternária (Prevenção da Iatrogenia) (ALMEIDA, 2005), aceito pelo Comitê Internacional da Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) em 1999.

Esse novo nível de prevenção pressupõe ações clínicas centradas na pessoa, e pautadas na epidemiologia clínica e na saúde baseada em evidências, visando melhorar a qualidade da prática em saúde, bem como a racionalidade econômica. Portanto, as ações devem ser cultural e cientificamente aceitáveis, necessárias e justificadas, prezando pelo máximo de qualidade da atenção com o mínimo de quantidade/intervenção possível.

Outro objetivo da prevenção quaternária é construir a autonomia dos usuários e pacientes por meio de informações necessárias e suficientes para poderem tomar suas próprias decisões, sem falsas expectativas, conhecendo as vantagens e os inconvenientes dos métodos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos propostos. Em suma, consiste na construção da autonomia dos sujeitos e na detecção de indivíduos em risco de sobretratamento ou excesso de prevenção, para protegê-los de intervenções profissionais inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis (ALMEIDA, 2005).

Promoção da Saúde no Brasil

No Brasil, em 2006, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde (ALMEIDA, 2005), com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais).

O documento traz a promoção da saúde como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (DEMARZO, 2008). O Quadro 5 elenca ações específicas propostas por essa política (ALMEIDA, 2005).

Quadro 2: Ações propostas pela Política Nacional da Promoção da Saúde (ALMEIDA, 2005).

QUADRO 2	
Ações propostas pela Política Nacional da Promoção da Saúde. (ALMEIDA, 2005)	
<ul style="list-style-type: none">• Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde;• Alimentação saudável;• Prática corporal/atividade física;• Prevenção e controle do tabagismo;• Redução da morbi-mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;• Redução da morbi-mortalidade por acidentes de trânsito;• Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;• Promoção do desenvolvimento sustentável.	

Concluindo esse tema, podemos dizer que os princípios da promoção da saúde, definidos pela OMS na Carta de Ottawa, de 1986, têm servido de guia para as ações de promoção da saúde mundo afora, sendo considerados por muitos como a nova saúde pública, na qual as práticas de saúde são cada vez mais desenvolvidas em outras agências e setores, para além dos serviços sanitários, como por exemplo, a escola, o local de trabalho, o comércio, a indústria e a mídia (DEMARZO, 2008).

A seguir veremos os princípios da Atenção Primária à Saúde, e suas correlações com os conceitos vistos até o momento, dentro da lógica de (re) organização dos sistemas de saúde.

Atenção Primária a Saúde

Antecedentes Históricos

A história da (re) organização de serviços e sistemas de saúde orientados pelos princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções até se consolidar como uma política de reforma, uma alternativa diante da permanente crise (financeira e de resultados) dos sistemas de saúde contemporâneos.

Do ponto de vista administrativo, o delineamento teórico de um sistema de saúde hierarquizado e integrado em rede – baseado na assistência primária, secundária e em hospitais terciários –, surge em 1920, na Inglaterra, com as propostas do “Relatório Dawson” (APUD WESTPHAL, 2006).

O Relatório Dawson tornou-se um marco na história da organização dos sistemas de saúde. Ele propõe a implantação de um sistema integrado de medicina preventiva e curativa por meio de ações primárias, secundárias e terciárias. O Relatório Dawson está na base do sistema de saúde britânico e inspirou a organização de sistemas de saúde em vários outros países.

Porém, foi o clássico estudo de White et al. (WHITE, 1961) que alertou definitivamente para a atenção médica primária, ao demonstrar que a imensa maioria do cuidado médico nos EUA e Reino Unido era realizada neste nível de atenção, muitas vezes em centros de saúde comunitários, evidenciando que o atendimento em hospitais universitários representava apenas uma discreta fração do total.

Vale ressaltar que o modelo de atenção baseado em centros de saúde comunitários remontava a iniciativas pioneiras francesas do final do século XIX, e americanas do início do século XX (GIL, 2006), nas quais já se promoviam e efetivavam conceitos-chave, muitos incorporados pela APS no futuro: população de risco; ações de base territorial; descentralização; assistência social; prevenção associada à assistência médica; educação sanitária; ações sobre o meio ambiente; co-gestão e controle por colegiados e conselhos; assistentes de bairro, e rede de atenção à saúde organizada em distritos.

Entretanto, a discussão conceitual nesse campo, como percebemos hoje, está intimamente relacionada à história da Conferência Internacional de Alma-Ata (WESTPHAL, 2006; ALMEIDA, 2005), como veremos a seguir.

Considera-se que o termo APS (Primary Health Care) tenha sido descrito pela primeira vez em documentos oficiais ainda no início da década de 1970, nas páginas da Contact, revista da Comissão Médica Cristã (CMC), ligada ao Conselho Mundial de Igrejas e Federação Mundial Luterana (MELLO, 2009).

A CMC, com larga experiência em países em desenvolvimento, assumia a defesa da intervenção no nível local das comunidades, com o treinamento de agentes de saúde e métodos acessíveis, ao perceber que as ações missionárias, em sua maioria baseada em hospitais, apresentavam baixo impacto na saúde da população.

Essa instituição foi responsável pela apresentação de várias experiências em saúde básica para a OMS, e, em 1974, foi chamada para estabelecer uma colaboração formal nas discussões sobre APS (MELLO, 2009).

Em 1975, o relatório A Promoção de Serviços Nacionais de Saúde (The Promotion of National Health Services), incorporou, pela primeira vez, a expressão APS aos documentos da OMS, defendendo a atenção primária como caminho para serviços de saúde mais efetivos (MELLO, 2009). Entretanto, ainda faltava uma base conceitual mais clara sobre o modelo, o que incentivou uma proposta de conferência internacional sobre o tema, capitaneada pela OMS (MELLO, 2009).

Tempo e esforços consideráveis foram então investidos na tarefa de dar conteúdo à expressão APS. Discussões em torno do papel do Estado e da forma de financiamento, a referência à pobreza e grupos vulneráveis, assim como a necessidade de se estabelecer uma definição geral que coubesse em realidades muito distintas, tornaram-se desafios. Isso fez com que a conceituação da APS tomasse um aspecto mais genérico, esperando que cada país construísse o seu conceito e suas práticas em processo (MELLO, 2009).

Assim, durante a Conferência que culminou com a Declaração de Alma-Ata, organizada pela OMS em 1978, na antiga União Soviética, a saúde foi reconhecida como direito fundamental das pessoas e

comunidades, sendo enfatizado o acesso universal aos serviços de saúde e a intersetorialidade das ações, e ficando evidenciada a APS como estratégia básica para a consecução desses objetivos (MELLO, 2009).

O lema Saúde para Todos no ano 2000 foi o mote das discussões, o qual seria alcançado pelo desenvolvimento da APS e seus princípios em todos os países do mundo. A figura a seguir traz uma imagem panorâmica da Conferência de Alma-Ata, em 1978.



_Fig. 1 - Conferência de Alma-Ata, na antiga União Soviética, Organização Mundial da Saúde, 1978. (créditos: PAHO/WHO)

A APS foi definida então como “atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitos, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade, a um custo que tanto a comunidade quanto o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento.

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” (apud STARFIELD, 1998).

Definiram-se, também, os elementos essenciais da APS para aquele momento histórico, como apontado anteriormente, sendo muitos deles similares aos dos centros de saúde comunitários: educação em saúde conforme as necessidades locais; promoção de nutrição adequada; abastecimento de água e saneamento básico apropriados; atenção materno-infantil (incluindo o planejamento familiar); imunização; prevenção e controle das doenças endêmicas; tratamento apropriado das doenças comuns e acidentes na comunidade, e distribuição de medicamentos básicos e essenciais. Esses elementos nortearam a evolução do conceito de APS e de seus princípios até os dias de hoje (STARFIELD, 1998).

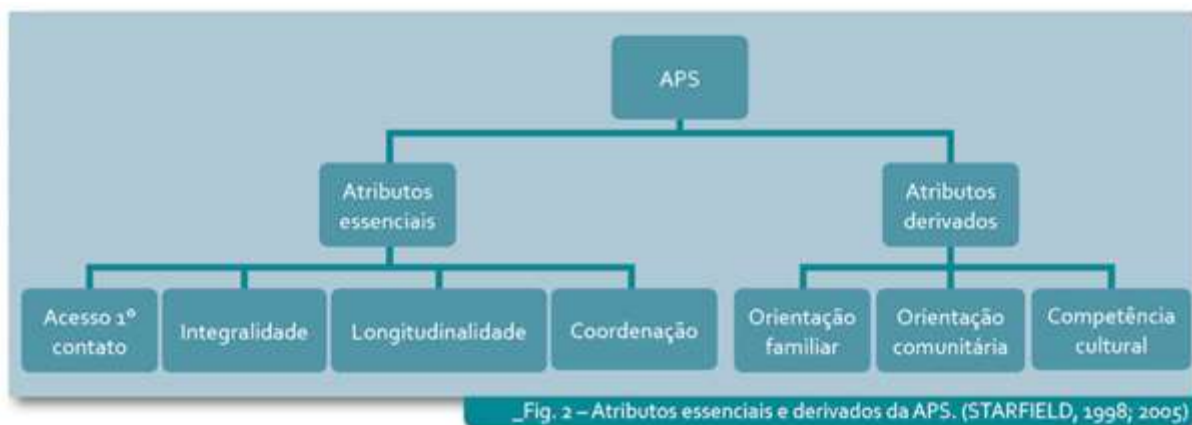
Princípios Modernos da APS

Podemos circunscrever, apoiados no trabalho de Barbara Starfield, uma das mais importantes autoras da área, os princípios gerais da APS, com base na Declaração de Alma-Ata de 1978 e na evolução do conceito até os dias de hoje: oferta de ações de atenção à saúde integradas e acessíveis segundo as necessidades locais, desenvolvidas por equipes multiprofissionais responsáveis por abordar uma ampla maioria das necessidades individuais e coletivas em saúde, desenvolvendo uma parceria sustentada com as pessoas e comunidades (STARFIELD, 1998).

A mesma autora resume os princípios da APS em quatro características ou atributos essenciais (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação), mais três derivados (orientação familiar, comunitária, e competência cultural), explicitados na figura a seguir.

Assim, a APS deve ser o primeiro contato e o ponto de cuidado preferencial das pessoas e famílias com o sistema de saúde ao longo de suas vidas, sem restrição de acesso às ações e serviços de saúde, independente de gênero, condições socioculturais e problemas de saúde; com abrangência e integralidade das ações individuais e coletivas.

Além de continuidade (longitudinalidade) e coordenação do cuidado ao longo do tempo, tanto no plano individual quanto no coletivo, mesmo quando houver necessidade de se referenciar (encaminhar) as pessoas para outros níveis e equipamentos de atenção do sistema de saúde. Deve ser idealmente praticada e orientada para o contexto familiar e comunitário, entendidos em sua estrutura e conjuntura socioeconômica e cultural (STARFIELD, 1998, 2005).



Sabe-se hoje, por diversos estudos científicos, que um sistema de saúde com forte referencial na APS é mais custo-efetivo, mais satisfatório para as pessoas e comunidades, e é mais equitativo – mesmo em contextos de grande iniquidade e desigualdade social (STARFIELD, 2005).

Assim, a APS vem sendo entendida como o primeiro nível de atenção nos sistemas de saúde nacionais, regionais e locais, como também como estratégia política e princípios para a (re) organização dos serviços e sistemas de saúde. Para tal, necessita de práticas profissionais específicas e construídas em um modo complexo, integral e sistêmico de pensar o PSa, incorporando o conceito mais moderno de promoção da saúde apresentado anteriormente.

No Brasil, adota-se muitas vezes o nome de Atenção Básica para tratar dos mesmos princípios e características, cuja expressão atual na política de saúde é a Estratégia Saúde da Família.

Podemos concluir, em uma visão ampliada e positiva de saúde e atenção à saúde que, a rigor, os sistemas de saúde não deveriam se confundir com sistemas de serviços de saúde, pois os mesmos não seriam restritos à produção de cuidados setoriais, mas envolveriam, além das ações e serviços específicos do setor saúde, também as ações intersetoriais (de melhora da qualidade de vida e bem-estar na sociedade).

Dois grandes movimentos internacionais apresentam essa perspectiva, com grande influência sobre as políticas públicas de saúde no Brasil, especificamente na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro: o movimento moderno da Promoção da Saúde, e o movimento da Atenção Primária à Saúde.

Processo Saúde-Doença

A complexidade da vida contemporânea, com mudanças globalizadas somadas à transição demográfica e difusão de novos hábitos e padrões de comportamento, alterou as condições e a qualidade de vida da população, o que causou mudanças no perfil das doenças e agravos à saúde. Essas mudanças também se refletem na transição epidemiológica brasileira, persistindo, de um lado, as doenças que emergem e/ou reemergem, como as infectocontagiosas, e, de outro, a predominância de condições crônicas, frequentemente referidas como doenças e agravos não transmissíveis (DANT).

As doenças crônicas podem se desenvolver a partir de modos de vida, sendo considerados fatores de risco a alimentação inadequada, a falta de atividade física e o tabagismo. O sedentarismo tem sido considerado como o fator de risco mais prevalente na população, independentemente do sexo. Associada a pouca atividade física, a alimentação inadequada vem contribuindo para aumentar o número de obesos. De acordo com estimativas globais da Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de um bilhão de adultos apresentam excesso de peso, sendo 300 milhões considerados obesos¹. Assim, a promoção de modos de vida saudáveis é uma ação importante.

Segundo Relatório Mundial de Saúde (2003), dos seis principais fatores de risco para o desenvolvimento das doenças e agravos não transmissíveis, cinco estão intimamente ligados à alimentação e à atividade física - hipertensão arterial, hipercolesterolemia, baixo consumo de frutas e vegetais, excesso de peso corporal e atividade física insuficiente. No Brasil, houve aumento do sedentarismo e modificações dos hábitos alimentares. Atualmente, verifica-se que inúmeros são os desafios encontrados para que a população brasileira alcance um nível ótimo de nutrição e de atividade física.

O Ministério da Saúde vem desenvolvendo ações programáticas, que focam a promoção da saúde e a prevenção de DANT no Brasil. Entre elas, encontram-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Pactos pela Saúde e pela Vida, em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e de Gestão (PS), Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e o Programa de Saúde da Família (PSF).

O fomento à adoção de hábitos saudáveis de vida, por meio de ações intersetoriais e intervenções planejadas, consiste em estratégia de promoção da saúde, além de medida preventiva e terapêutica de DANT. Constitui, portanto, uma prática de educação em saúde em consonância com o modelo de vigilância à saúde. A elevada prevalência e a significativa morbi-mortalidade das doenças e agravos não transmissíveis coloca-as entre os maiores problemas de saúde pública na atualidade.

Segundo Uchoa e Vidal (1994), muitos estudos revelam que os comportamentos de uma população diante de seus problemas de saúde, incluindo a utilização dos serviços médicos disponíveis, são construídos a partir da percepção de saúde dessa população, a qual se ergue a partir de seu contexto sociocultural. O conhecimento prévio dessa percepção de saúde da comunidade, que determina o pensar e o agir da população perante o processo saúde-doença, é fundamental para a eficiência das ações de assistência e educação em saúde.

Diante desse cenário, observa-se a dimensão da importância da educação em saúde na orientação de hábitos de vida saudáveis pelos profissionais da equipe PSF. Os profissionais do PSF são atores sociais responsáveis pela democratização do conhecimento do processo saúde-doença, uma da diretriz da ESF.

A Educação Em Saúde

A educação em saúde surge como estratégia para promover saúde e prevenção primária e secundária e deve ser uma prática social centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência dos indivíduos e grupos, tendo como referência a realidade na qual eles estão inseridos. É a soma de todas as experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas de um indivíduo em relação à saúde e aos processos que necessitam ser modificados.

Tem como objetivo estimular as pessoas (público em foco/população) a realizar ações de promoção à saúde - seja pela adoção de hábitos de vida saudáveis, seja pela utilização de forma correta e cuidadosa dos serviços de saúde à sua disposição. Estimula-se a consciência na tomada de decisões, tanto individual como coletivamente, buscando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente.

Busca, ainda, desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela própria saúde e pela saúde da comunidade a que pertencem e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva. Essa educação em saúde tem grande papel para diminuir a distância existente entre descobertas/estudos científicos e a aplicação desses na vida diária das pessoas. É ainda a ligação entre as expectativas da população por uma vida melhor e as projeções e estimativas dos governantes ao oferecer programas de saúde mais adequados a essa população.

As ações de saúde focadas somente na condição de saúde/doença contrariam o que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que define saúde como um estado pleno de desenvolvimento mental, físico e de bem-estar social, não sendo meramente a ausência de doença. Considerando esse modelo, a abordagem das ações e da educação em saúde deve considerar, além dos sinais e sintomas das doenças, o impacto destes na funcionalidade dos indivíduos, voltado para o entendimento de fatores sociais, psicológicos e ambientais que possam influenciar todas as funções exercidas.

Considera-se funcionalidade todas as funções e estruturas do corpo e a capacidade do indivíduo em realizar atividades e tarefas relevantes para sua rotina diária, bem como sua participação na sociedade na qual está inserido. A incapacidade, por sua vez, engloba as diversas manifestações de uma condição de saúde, como prejuízos nas estruturas e funções do corpo e dificuldades no desempenho de tarefas diárias, bem como em desvantagens na interação entre indivíduos e sociedade.

A incapacidade não é, portanto, um atributo individual, mas o resultado direto das interações entre os diversos fatores mediadores relativos à determinada condição de saúde. Esses mediadores envolvem tanto os aspectos específicos do indivíduo (como deficiências nas estruturas e funções corporais - patologias), como aqueles referentes ao contexto externo ao sujeito, dentre eles: diferenças culturais e a disponibilidade de serviços e de políticas públicas voltadas para a saúde da população (fatores ambientais).

A educação em saúde deve ser capaz de utilizar elementos importantes dos aspectos socioculturais de uma população e integrá-los aos conhecimentos técnico-científicos da dimensão biológica, para explicar a complexidade do processo saúde-doença e orientar novas práticas de cuidados com a saúde. A educação e a saúde são reconhecidas por Pereira (2003) "como espaços de produção de práticas e conhecimentos determinantes do desenvolvimento das potencialidades humanas, não limitadas ao campo da saúde, mas ampliadas para o campo social".

A educação em saúde tem papel central nas ações de promoção da saúde e, a partir de seus princípios e práticas, aparece como estratégia relevante para superar o assistencialismo curativista fundamentado na tecnificação dos procedimentos da saúde enfocados na doença exclusivamente.

Dickson e Abegg citado por Kriger definem três fundamentos como princípios inseparáveis da promoção da saúde e possibilidades de educação em saúde: 1) reconceituar a saúde como mudança de ideologia capaz de ampliar a meta de melhorar o estado de saúde, seja individual ou coletiva, para buscar a justiça social; 2) potencialização como processo pelo qual indivíduos e comunidades são capazes de tomar o poder e agir para transformar suas vidas e seu meio; e 3) participação comunitária, considerando que a saúde é determinada pela equidade e justiça social, em que a participação efetiva da população passa a ocupar lugar de destaque.

Nessa perspectiva, repensar os conteúdos e práticas educativas de saúde direcionadas à comunidade, incluindo a dimensão social e política do processo saúde-doença para o fortalecimento do controle social, é um objetivo necessário nos processos de educação em saúde. Contribui para o desenvolvimento do conceito de cidadania, entendido como direito e dever do cidadão de participar ativamente de processos relevantes de interesse público, como é o caso da saúde, e para benefício da coletividade.

Representações De Saúde E Doença

Apesar de todos os conceitos estabelecidos sobre saúde e doença, sabe-se que eles, ao longo dos anos, têm sido compreendidos ou enfrentados de acordo com as diversas formas de existir das sociedades, expressas nas diferentes culturas e formas de organização. Eles dependem do entendimento que se tem do ser e de sua relação com o meio em que está inserido.

Esse entendimento varia de acordo com a cultura de cada lugar e o momento histórico. Por tudo isso, a conceituação de saúde se faz tão difícil de ser fixada, uma vez que está condicionada ao momento histórico e às condições concretas e peculiares de existência.

Adam e Herzlich (2000) analisaram muitos trabalhos internacionais sobre as representações de saúde e doença e concluíram que as pessoas se apoiam em conceitos, símbolos e estruturas interiorizadas na interpretação dos fenômenos orgânicos, conforme os grupos sociais a que pertencem. Algumas doenças firmam-se no imaginário coletivo, enquanto outras, os indivíduos, em função de suas experiências e contexto, podem elaborar ou reelaborar interpretações, apoiando-se em recursos coletivos.

As continuidades e descontinuidades das distintas concepções de doença, desde a Antiguidade até o início do século 20, foram identificadas na abordagem histórica das representações sociais da doença, realizada por Sevalho (2003), que percorre um conjunto de autores como Canguilhem, Le Goff, Rosen, Foucault, Tamayo, Capra e outros.

As representações sociais são conceituações que buscam explicar as alterações/mudanças e experiências (assim como a experiência de saúde-doença) do homem por uma perspectiva coletiva, mas sem deixar de lado a sua individualidade.

Traduzem a maneira como uma comunidade vive, age e pensa suas relações, sendo resultado do acúmulo de experiências, tradições carregadas por gerações. Não devem ser vistas como sistemas fechados que irão determinar as práticas do indivíduo, pois são a todo momento refeitas e ampliadas em decorrência das interações indivíduo-meio e indivíduo-indivíduo.

Entendidas como abordagem e ferramenta de pesquisa, são capazes de revelar dados em uma perspectiva interdisciplinar, buscando as subjetividades coletivas, podendo ser aplicadas na área da saúde, tendo em vista a integralidade para a elucidação de questões relacionadas aos determinantes sociais do processo saúde-doença.

Dessa forma, as representações sociais buscam investigar a significação, os valores, interesses e visão de mundo de diferentes segmentos da população, sendo amplamente discutidas e documentadas na literatura acadêmica. Por isso, estudos focados na percepção de saúde das equipes multiprofissionais são importantes para o entendimento do processo de trabalho desses profissionais e para o planejamento das ações de educação permanente em saúde^{5,27}.

Objetivo

O problema desta pesquisa consiste em conhecer as representações sociais do processo saúde-doença dos profissionais de saúde de uma unidade de atenção básica envolvidos nos processos de educação em saúde, considerando que esse conhecimento pode ser fundamental para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde.

Tipo E Local Da Pesquisa

O presente estudo teve caráter transversal exploratório e foi realizado com uma amostra de conveniência de profissionais da saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Milionários, do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG e da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Sujeitos

Sendo uma abordagem metodológica qualitativa, o número da amostra foi determinado pelo critério de saturação. Foram entrevistados 68 profissionais da saúde da UBS Milionários, incluindo porteiros, guardas municipais de saúde, auxiliares administrativos, auxiliares e técnicos de enfermagem, agentes da zoonose, odontólogos, psicólogos, técnicos e auxiliares de higiene bucal e membros das equipes de saúde das Equipes de Saúde da Família: médicos, enfermeiros e agentes comunitários.

Aspectos Éticos

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa Promoção de Modos Saudáveis de Vida em Adultos e Idosos Residentes em Áreas de Abrangência de Unidades Básicas de Saúde do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, desenvolvido por docentes e discentes da UFMG, dentro do projeto Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no ano de 2009. O trabalho foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UFMG e da Secretaria Municipal de Saúde, tendo sido financiado com recursos do Pró-Saúde UFMG/PBH e do PET-Saúde 2009.

Todos os envolvidos aceitaram participar voluntariamente da pesquisa após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Forma De Coleta E Tratamento Dos Dados

Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas cujas gravações foram realizadas na Unidade Básica de Saúde. O roteiro da entrevista foi constituído de seis questões abordando os seguintes temas: processo saúde-doença; educação em saúde; barreiras ou dificuldades para prescrição/adoção de hábitos saudáveis. Para interpretação dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações.

Essa técnica se refere a procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das falas, obtendo indicadores, qualitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas falas. Após a leitura das entrevistas, esse material foi organizado, definindo-se as unidades de registro e de contexto. Para a análise dos dados foram criadas categorias, tais como: 1) dimensões do processo saúde-doença; 2) barreiras ou dificuldades para adoção de hábitos saudáveis; e 3) significados e valores da educação em saúde.

Resultados E Discussão

Para melhor contextualização dos resultados desta pesquisa, cabe descrever o Centro de Saúde Milionários, uma das vinte Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário do Barreiro, no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. O centro tem sob sua responsabilidade sanitária uma população de 21.300 habitantes. Sua área de abrangência é classificada como de médio risco e dispõe da seguinte estrutura operacional: cinco equipes de saúde da família; duas equipes de saúde bucal; um assistente social; e quatro médicos de apoio, sendo um ginecologista, um clínico geral e dois pediatras. O centro ainda se constitui sede de uma equipe matricial de saúde mental (um psiquiatra e duas psicólogas), a qual presta assistência à população adstrita de mais duas outras UBSs. Conta ainda com

o serviço de zoonoses, contando com seis agentes de campo e um coordenador; serviço administrativo (quatro funcionários); serviço de higienização (dois funcionários) e gerência.

Os resultados encontrados foram analisados e organizados em três categorias dimensões do processo saúde-doença; dificuldades e barreiras para a adoção de hábitos de vida saudáveis; e significados e valores da educação em saúde. A seguir serão apresentadas as falas, classificadas em cada categoria de análise:

Dimensões Do Processo Saúde-Doença

"Saúde é você poder fazer as coisas que você deseja... é você ter hábito de vida boa... você não precisa às vezes de tomar nenhum medicamento."

"Saúde é a prevenção...prevenção contra a doença... pra não chegar a doença."

"No meu entendimento do que é saúde...É um estado em que o indivíduo se encontra sem...como é que eu vou falar?... sem manifestações de anormalidades."

Os dados revelam que há um predomínio da concepção biomédica sobre o estado de saúde, centralizando a doença no processo, presentes nas vinhetas que apresentaram o maior número de repetições, limitando as causas do estado de saúde ao autocuidado sobre o corpo. Doença é considerada como alteração da estrutura e função corporal, decorrente muitas vezes de descuido individual com o próprio corpo.

"Doença seria algo que não vai bem com o nosso corpo."

"Doença é qualquer fator que leva ao prejuízo das funções normais do organismo, causando danos e prejudicando o dia a dia daquela pessoa ... acho que é só isso."

"Doença é a perda da capacidade física... é a falta de uma alimentação adequada, de lazer ... tá fazendo doença como, por exemplo, diabetes, hipertensão ... obesidade ... acho que é isso que dá pra concluir que é doençaou saúde ..."

"Doença é tudo aquilo que vem afetar o bem-estar da pessoa ... tanto doença psicológica quanto... física ..."

Todas as falas priorizam o cuidado com o corpo e o seu bom funcionamento. Há ainda um discurso higienista e assistencialista sobre o corpo, a partir da prescrição de hábitos e comportamentos individuais como única possibilidade de se evitar as doenças. Esse mesmo dado foi observado no estudo de Medeiros (2007)²⁵ com profissionais de serviço e moradores da comunidade do Coripós, em Blumenau, Santa Catarina.

"Saúde pra mim é uma boa qualidade de vida, mantendo exercício físico [...] é que ajuda muito [...] alimentação, ter lazer e, sobretudo, tá tranquilo [...] ter um trabalho legal, né?"

"Ah... doença é a falta... falta de moradia... de uma assistência básica adequada... falta de escolaridade...isso tudo...falta de uma boa escola... ou seja... uma estrutura... isso tudo causa falta da saúde...a falta das necessidades básicas..."

É interessante observar que já identificam alguns elementos do conceito ampliado da saúde considerando fatores contextuais^{27,30,31}. A participação/inserção e vida social do indivíduo, assim como os fatores ambientais, fazem-se presentes de maneira incipiente. No entanto, quando falam sobre cuidado e preservação da saúde, ainda reduzem ações à prevenção de doenças e ações individuais por meio de uma boa alimentação e prática de atividade física para o bem-estar e promoção de saúde.

"Tenho bastante cuidado com a limpeza... tipo assim... tipo de saúde... doenças que passam... né ?... contagiosas... cuidados... lavar as mãos todas as vezes... toda hora que pegar em alguma coisa lavar as mãos... cuidando da saúde mesmo... limpeza, higienização."

"... eu fiz uma reeducação, né ?... eu comecei a fazer a caminhada, foi com isso que foi tirada a medição da hipertensão... só depois disso e isso é bater e valer... eu paro de fazer caminhada... às vezes uns quarenta trinta dias... aí minha pressão aumenta aí quando eu volto a fazer caminhada minha pressão abaixa, e diminuí o sal, diminuí a fritura..."

"... a atividade física, ela vai propiciar ter uma boa saúde... e agora, caso contrário, se a pessoa ficar na vida no sedentarismo, alimentação é inadequada ... isso aí vai provocando danos ao organismo e vai causando com isso doenças, né ?"

A grande maioria dos entrevistados ainda não tem clareza da relação do estilo de vida com a doença. Um deles, quando questionado se havia alguma relação do seu estilo de vida com a sua saúde, respondeu:

"Meu estilo de vida com a minha saúde? Sim há relação... eu tenho um estilo de vida e por isso eu tenho a saúde que eu tenho. Talvez se eu bebesse ou fumasse, eu teria outra... então há."

Esse mesmo entrevistado respondeu à questão seguinte, que questionava sobre a relação do seu estilo de vida e a doença, respondeu:

"Acho que não... acho que não".

Aqueles que fazem alguma correlação deram maior importância ao ritmo de vida como possível disparador de desequilíbrio da saúde. É clara a responsabilização individual pelo adoecimento:

"... eu me alimento mal e fora do horário..."

"Eu fumo..."

"... sou sedentário"

Os fatores socioambientais não são citados, o que é preocupante devido à influência deles em todo o processo de adoecimento, podendo representar a sua principal causa.

"Existe... acho que a correria do dia a dia acaba deixando a gente um pouquinho estressado..."

"Acho que a dificuldade é a falta de tempo... e também... que a gente passa no dia a dia... é a correria... isso afeta assim... o psicológico... deixa a gente mais cansada mais estressada..."

"Procuro me alimentar bem... dormir bem... tomar bastante líquido... evito bebida alcoólica, cigarro e alimentos gordurosos... é isso aí..."

"...me alimento bem...faço exercícios e faço check-up... pelo menos uma vez no ano eu vou ao médico."

Resultado semelhante pode ser observado em uma pesquisa realizada com adultos residentes em áreas de abrangência de 240 Unidades Básicas de Saúde das regiões Sul e Nordeste. Entre os adultos, o primeiro fator priorizado para a manutenção da saúde foi a alimentação saudável, o segundo foi o exercício físico regular e o terceiro fator, no Sul, foi não fumar, já no Nordeste, foi consultar o médico regularmente³².

Esses resultados são preocupantes, já que se esperava que os entrevistados tivessem uma visão mais ampla do autocuidado, o qual, de acordo com Neves e Wink (2007)³³, está além dos cuidados com a alimentação, exercícios físicos e exames periódicos, devendo ir além do modelo biomédico e englobar o plano físico, mental, emocional, espiritual e energético.

Outra percepção da saúde apresentada nas entrevistas foi relacionada à qualidade de vida, como exemplifica a fala: "Saúde é ter uma boa qualidade de vida." Dizer, portanto, que o conceito de saúde se relaciona intimamente à qualidade de vida amplia a concepção de saúde apenas como ausência de doença e representa um grande avanço, porque manifesta o desconforto dos profissionais sobre o reducionismo biomédico.

Apesar disso, ainda não é o suficiente para realmente definir com clareza e profundidade o conceito de tal questão e revela a dificuldade dos profissionais para encontrar algum sentido teórico e epistemológico fora do marco referencial do sistema médico, que, sem dúvida, domina a reflexão e a prática do campo da saúde pública.

Os profissionais da UBS Milionários, quando indagados sobre o que é doença, revelam-na, em sua maioria, como ausência de saúde. Muitos profissionais também conceituam doença como o funcionamento inadequado do organismo, uma disfunção biológica.

"Doença é qualquer fator que leva ao prejuízo do organismo e das suas funções vitais, causando danos e prejudicando o dia daquela pessoa."

"Doença é exatamente a falta das condições básicas de cuidado, de higiene e até de nível mental."

Ao longo das entrevistas, alguns profissionais relataram vários fatores que podem influenciar na presença ou não da doença. É possível inferir que a doença extrapola o aspecto físico, mas envolve a instância psicológica e uma diversidade de fatores determinantes das condições de saúde e/ou de doença de cada cidadão.

Pode-se observar que o processo saúde-doença, ainda hoje, está intimamente relacionado ao processo fisiopatológico em si, devido à frequente presença da doença em relação com a manifestação de mal-estar físico.

Além disso, a análise conjunta dos dois conceitos, saúde-doença, permite afirmar que, embora o conceito ampliado da OMS para saúde seja bastante divulgado e reproduzido nas falas, ele não é de todo compreendido, pois os profissionais da saúde entrevistados revelaram, em suas respostas, que não conseguem perceber a saúde em toda a sua dimensão.

Dificuldades E Barreiras Para A Adoção De Hábitos De Vida Saudáveis

A prática de atividades físicas e a ingestão de uma alimentação balanceada e saudável, ou seja, a manutenção de hábitos de vida saudáveis, constituem hoje dois importantes elementos de promoção da saúde, comprovadamente eficazes, na terapêutica de diversas doenças crônicas cardiovasculares, respiratórias, ósteo-musculares, endócrino-metabólicas, psiquiátricas, dentre outras³³⁻⁴⁰. Contudo, há grande dificuldade de se programar essas mudanças na vida dos indivíduos.

A análise do eixo temático "Dificuldades para a adoção de hábitos saudáveis de vida" revelou que a maioria dos entrevistados associa a dificuldade de adoção de hábitos saudáveis de vida às condições inerentes à realidade atual, em que a "falta de tempo" e o "estilo de vida ocidental" regem a priorização das atividades e compromissos na vida.

"Eu acho que é a correria do dia a dia, é muito estresse, movimento, trânsito, tudo isso ajuda a prejudicar."

"O próprio ritmo de vida. É necessário trabalhar muito. A violência, o trânsito, o próprio ritmo de vida muito acelerado, com tudo isso fica muito difícil. Se você precisa trabalhar muito, se você tem uma vida muito corrida, como você vai promover hábitos saudáveis de vida? Você tem muito pouco tempo para isso, você se dedica durante o dia todo às outras pessoas e aí você se esquece de você, sobra pouco tempo para você, para se cuidar."

"Acho que às vezes a gente preenche os horários com trabalho e acaba não sobrando tempo. Acho que é mais assim, o tempo mesmo."

No que diz respeito à orientação/prescrição de hábitos de vida saudáveis, muitos entrevistados não compreenderam a pergunta. Outros afirmaram não haver dificuldades para tal, e sim para que o usuário adote tal prescrição/orientação.

A fragilidade da comunicação e a falta de tempo também foram citadas como dificuldade para orientação/prescrição de hábitos saudáveis de vida.

"Eu acho que a dificuldade não é prescrever, e sim o usuário fazer aquilo que você prescreveu."

A gente sempre orienta sobre os hábitos saudáveis, mas tem hora que nem a gente consegue cumprir esses hábitos saudáveis; e o paciente tem a mesma dificuldade, ter que trabalhar muito e não ter tempo para cuidar da própria saúde. Então, até que a prescrição seja feita, o problema é o cumprimento dela."

"Para orientar não tenho nenhuma dúvida. Só que às vezes a pessoa não tem condição de seguir o hábito saudável que a pessoa orienta."

Os entrevistados consideram que hábitos de vida saudáveis são relativos à alimentação saudável e à prática de atividade física.

Para eles, a maior barreira para a adoção de hábitos de vida saudáveis é a dificuldade de se alterar um costume adquirido há muito tempo e já presente no dia a dia das pessoas. A maioria demonstra ter consciência da necessidade de mudança, mas não conseguem aplicar em suas vidas os hábitos considerados saudáveis no dia a dia.

"Eu acho que é o cansaço... que eu chego tão... cansada em casa... e desaminada de sair para fazer uma atividade física... só isso..."

"... nossa... eu acho que não ter... igual eu não tive... é... na minha família... todo mundo tem esse tipo de hábito... então eu não fui acostumada com isso... então pra eu poder mudar... pra mim é muito complicado sabe,... pra poder... eu não consigo... tem certos tipos de coisas que eu não como mesmo... é muito complicado... Porque eu não fui acostumada com isso desde pequena... então pra poder mudar é... é difícil."

A falta de tempo para colocar em prática esses conhecimentos reforça a ideia de que muito do que é transmitido como importante para o cuidado com a saúde não faz parte da realidade de vida dessas pessoas.

"A dificuldade mesmo é a falta de tempo... com correria do dia a dia... a gente corre atrás de muita coisa e às vezes esquece da gente... porque hoje em dia... a gente tá num lugar muito competitivo... então a gente corre demais atrás das coisas e esquece da gente... isso aí."

"Em geral... ou pra mim?... as dificuldades... eu acho que é... talvez a preguiça das pessoas, né?... em ter esses hábitos saudáveis... o dia a dia... a correria do dia a dia... o tempo... isso aí eu acho que prejudica muito... na adoção desses hábitos saudáveis... das pessoas..."

A dificuldade na adoção de novos hábitos e a falta de interesse em escutar orientações foram os principais aspectos apontados como barreiras para a prescrição e orientação de hábitos saudáveis.

Essa falta de interesse ou motivação em participar das atividades educativas, identificada no estudo de Medeiros (2007)²⁵, é considerada como um desafio na educação de adultos.

"No caso aí é... eu acho que é mais na educação mesmo... o brasileiro ele não tem essa coisa de na educação... já receber, por exemplo, de passar de pai pra filho... a gente não teve isso... então hoje em dia eu tento passar pros meus filhos na educação de ter hábitos saudáveis, mas como a gente não teve, eu não tive... fica difícil da gente adaptar a isso boas maneiras devida saudável entendeu? Aí fica mais difícil..."

"... falta de vontade... tem pessoas que não ouvem de jeito nenhum..."

É importante ressaltar que o estilo de vida de um indivíduo é determinado por diversos fatores: culturais, históricos, sociais, econômicos, educacionais, familiares, pessoais, dentre outros, que interferem diretamente no processo de modificação de seus hábitos ou comportamentos. Trabalhos científicos discutem a influência desses elementos no processo de mudança de hábitos dos indivíduos, enquadrando-os em fatores predisponentes, fatores facilitadores e fatores reforçadores.

Dentre os fatores predisponentes, encontram-se elementos culturais, históricos e orgânicos. Fatores facilitadores se relacionam com o suporte político e social, bem como econômico e financeiro. Por fim, os fatores reforçadores se referem aos agentes envolvidos na assistência à saúde, aos familiares e às redes de relação social^{45,48}.

"Você já está acostumado com o hábito, então é difícil você mudar tudo o que você fez durante anos, mudar de uma hora para outra..."

"Disciplina. Primeiro ter a consciência na verdade, consciência do que que é saudável dessa escolha, e depois é a disciplina em manter os hábitos saudáveis."

Diversos estudos que analisam os processos envolvidos na mudança do comportamento dos indivíduos diante das demandas da saúde, apontam a existência de cinco fases para mudança de hábitos. Eles discutem que a não percepção, por parte dos profissionais, da fase em que o sujeito se encontra, pode explicar, em parte, a grande dificuldade que se observa para a adoção e prática dos hábitos saudáveis de vida por aqueles indivíduos³⁷⁻⁴⁰.

Primeiramente, na fase pré-contemplativa, encontram-se os indivíduos que não têm desejo ou vontade de adotar quaisquer práticas saudáveis ou modificações de seu comportamento. Já na fase contemplativa, existe, por parte dos sujeitos, a vontade de iniciar alguma modificação de seus hábitos, contudo, eles ainda não o fazem pela existência de outros elementos dificultadores, como condição financeira ruim, ausência de aparelhos sociais (praças, pistas de caminhada, etc.), dentre outros.

A partir da fase de preparação, os indivíduos já realizam mudanças no seu estilo de vida, como a adoção da prática de atividades físicas e uma alimentação saudável; contudo, nesta fase, essa prática ainda não é realizada com regularidade. Já na fase de ação, observa-se regularidade, inferior a seis meses, na prática e adoção de mudanças nos hábitos de vida. Por fim, na fase de manutenção, tem-se a consolidação da mudança no estilo de vida, com o indivíduo adotando práticas saudáveis de vida há mais de seis meses⁴⁵⁻⁴⁸.

A "falta de estrutura" e a "falta de dinheiro" foram observadas nas respostas de uma pequena parcela dos entrevistados, como exemplificado na afirmação "Dificuldade financeira".

"Eu acho que é ter acesso a essas coisas: acesso à moradia, a um bom emprego, à educação; você precisa ganhar bem, ter uma condição. (...) Alguém ou o governo proporcionarem isso para a pessoa."

Belo Horizonte tem, historicamente, investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

Nesse sentido, a promoção da saúde e dos modos saudáveis de vida são uma das estratégias de produção de saúde que propõe um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo, assim, para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Especificamente na área de abrangência pesquisada, a existência do aparelho social Academia da Cidade permite o acesso universal da população adscrita, de modo a garantir o acesso livre à prática e adoção de hábitos saudáveis de vida, como atividades físicas, tal como referido no trecho:

"Eu não acredito que tem muita dificuldade não. Acho que basta querer, ainda mais aqui no bairro, depois com o Centro Esportivo; e, geralmente, a pessoa coloca a dificuldade financeira".

Por fim, alguns dos entrevistados ou não relatam possuírem qualquer dificuldade na adoção de hábitos de vida saudáveis ou não compreenderam a questão a eles dirigida sobre a temática. O trecho: "Acho que só tem dificuldade quando a gente não é acostumada desde criança. Eu não tenho muita dificuldade não" é um dos que exemplificam tal consideração.

Significados E Valores Da Educação Em Saúde

"Dificuldades...talvez a disponibilidade das pessoas em estar ouvindo...capacitação também...da gente...de tá aprendendo... de tá conhecendo...pra tá passando isso pras pessoas..."

"É...a prescrição...orientação...ela não é difícil...ela é fácil...o problema realmente é o entendimento...porque a prescrição você pode somente colocar num papel ou então fazer uma palestra...e o difícil...é o paciente entender que realmente isso é importante pra ele fazer."

Os entrevistados se reconheceram despreparados para orientar atividades educativas sobre hábitos de vida saudáveis, pois eles mesmos não realizam todos os hábitos de vida considerados saudáveis. Outros não consideram que orientar/prescrever hábitos de vida saudáveis seja uma tarefa de sua responsabilidade, e sim responsabilidade exclusiva do médico.

"Ah... assim... eu vou ao médico... consulto... sou orientada... trabalho... também com o público... ori-
ento muito as pessoas também... mas eu... na minha vida prática... eu não faço."

"Pra mim tá orientando pessoas?... Bom, eu procuro orientar assim... dentro do possível... Eu não acho muito difícil orientar pessoas não... acho difícil a pessoa seguir minha orientação...é o mais difícil é isso... Tem pessoas que às vezes não seguem... Mas orientar a gente tá sempre orientando..."

"Eu acho assim entendeu... sobre prescrição... tem que ser igual medicamento: tem que tomar os medicamentos ... tudo prescrito... tudo prescrito pelo médico... já vai à farmácia ali... já compra o remédio e já toma, entendeu?... eu acho... que tem que ter uma boa consulta primeiro... e ser prescrito pelo médico."

"Eu acho que a falta às vezes do conhecimento... às vezes eu acho que é de técnicas mesmo... a respeito do colesterol...seu colesterol pode ir até tanto... às vezes conhecimento do que você pode passar... a respeito da alimentação... qual alimentação... combina com qual,o que é mais adequado... a gente às vezes orienta...no caso fazer atividade física...alimentar bem... comer muita fruta... verdura... falta mais esclarecimento... mais segurança... naquilo que a gente vai falar pro paciente."

De acordo com Gazzinelli et al. "as práticas educativas pautadas na perspectiva conteudista, normativa e cientificista demoraram a demonstrar que aquisição de saber instituído não resulta, necessariamente, em mudança de comportamento". Essa discussão, recorrente em outros estudos, demonstra que a educação em saúde e as mensagens a serem adquiridas pela população não seguem uma lógica vertical, na qual o que é transmitido começa a fazer parte da prática cotidiana, tornando-se fator responsável por transformações.

Esses conhecimentos não são simplesmente aceitos, mas devem ser inseridos no cotidiano da população, para que se tornem atitudes habituais, com consequente formação de representações sociais, que irão manter esse processo de enraizamento da nova prática adquirida.

Para que esse complexo processo ocorra, é necessário que os seguintes fatos sejam considerados: a vivência da população, a cultura e a prática já adotados pelos indivíduos, a visão de mundo, os valores dos cidadãos, e todas as suas representações sociais.

Então, cabe ao indivíduo, já informado, adotar e adequar a sua realidade, adaptar as suas significações e individualismos culturais, sociais, ambientais aos já existentes na sociedade, adequando-se às mudanças.

Informar a população transmitindo o conhecimento de maneira verticalizada deixa de lado toda a complexidade do indivíduo e todos os diferentes fatores que influenciam a adoção de seus comportamentos e modo de vida.

REFERÊNCIAS

Os links citados abaixo servem apenas como referência. Nos termos da lei brasileira (lei no 9.610/98, art. 8º), não possuem proteção de direitos de autor: As ideias, procedimentos normativos, sistemas, métodos, projetos ou conceitos matemáticos como tais; Os esquemas, planos ou regras para realizar atos mentais, jogos ou negócios; Os formulários em branco para serem preenchidos por qualquer tipo de informação, científica ou não, e suas instruções; Os textos de tratados ou convenções, leis, decretos, regulamentos, decisões judiciais e demais atos oficiais; As informações de uso comum tais como calendários, agendas, cadastros ou legendas; Os nomes e títulos isolados; O aproveitamento industrial ou comercial das ideias contidas nas obras.

Caso não concorde com algum item do material entre em contato com a Domina Concursos para que seja feita uma análise e retificação se necessário

A Domina Concursos não possui vínculo com nenhuma banca de concursos, muito menos garante a vaga ou inscrição do candidato em concurso. O material é apenas um preparatório, é de responsabilidade do candidato estar atento aos prazos dos concursos.

A Domina Concursos reserva-se o direito de efetuar apenas uma devolução parcial do conteúdo, tendo em vista que as apostilas são digitais, isso, [e, não há como efetuar devolução do material.

A Domina Concursos se preocupa com a qualidade do material, por isso todo conteúdo é revisado por profissionais especializados antes de ser publicado.



Prezado cliente,

É com imensa satisfação que expressamos nossa profunda gratidão pela sua escolha em adquirir suas apostilas de estudos conosco. A preferência pelo nosso serviço é motivo de grande alegria e reforça nosso compromisso em fornecer materiais de alta qualidade para contribuir efetivamente em seu caminho educacional.

Aqui na nossa loja, dedicamo-nos diariamente para oferecer produtos que atendam não apenas às suas necessidades de aprendizado, mas que também superem suas expectativas. Cada compra realizada é um voto de confiança em nossa equipe, e estamos comprometidos em corresponder a essa confiança através de excelência em produtos e atendimento.

Saiba que sua decisão de confiar em nós para sua jornada de estudos é valorizada e respeitada. Estamos sempre empenhados em aprimorar nossos serviços para garantir que sua experiência seja positiva e produtiva. Se houver algo específico que possamos fazer para melhor atendê-lo, por favor, não hesite em nos informar.

Agradecemos por fazer parte da nossa comunidade de clientes e por escolher a qualidade e confiabilidade das nossas apostilas. Estamos ansiosos para continuar a servi-lo com dedicação e comprometimento.

Atenciosamente, Domina Concursos.



contato@dominaconcursos.com.br



WhatsApp (48) 9.9695-9070



Rua Aracatuba, nº 45,
Centro, Criciúma/SC - CEP
88810-230