



1. "Saúde é não ter medo" com a celebre citação
2. de Sergio Arouca na abertura da VIII Conferência Nacional
3. de Saúde em 1986 que traçou caminhos e encruzilh
4. das sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).
5. O Brasil desde sua invasão e colonização opressa
6. sobre um sistema econômico e social baseado na
7. exclusão da diferença, na exploração de corpos e na
8. desigualdade social. Por séculos, a Saúde foi tida enquan
9. to um produto para famílias ricas, brancas, donas de
10. monopólios. Diante de um cenário histórico de
11. abandono a Saúde era tida como privilégio.
12. Neste cenário, o país enfrentava sérios problemas
13. de Saúde com doenças contagiosas, zoonóticas, doenças
14. determinadas socialmente pela ausência de saneamento
15. básico, moradia, alimentação, trabalho e renda adequa
16. dos para a vida digna.
17. Com o processo de Industrialização, avançado pela
18. Revolução de 1930, e início da Era Vargas, houve
19. uma maior preocupação com a situação de
20. Saúde da mão-de-obra das fábricas. Se por um
21. lado houve avanços na estruturação da Saúde
22. Pública, a população negra, pobre e periférica - rural
23. e urbana - ~~est~~ sofriam com doenças como febre



AAB72

1. amarela, varíola, tuberculose, Hanseníase, doenças crônicas
2. agudas. Sendo toda cidade existencial atribuída
3. Cuidado. A filantropia em saúde ficava a cargo
4. de cuidado da saúde da parcela da população que
5. encontrava-se desempregada, em empregos informais.
6. Este período é marcado pela expansão da medicina
7. previdenciária. É a figura dos Indigentes, sem direito à Saúde.
8. Durante anos, este modelo de Atenção à Saúde
9. foi predominante no país. De Vargas até o período
10. da Ditadura Militar ~~até~~ ao Instituto de
11. Aparentação e Pensões (IAPs) e posteriormente ~~est~~ a
12. Unificação do Instituto Nacional de Aparentação e
13. Pensões (INAP) foram fatores fontes de recursos financeiros
14. para patrocinar grandes obras e pagamento da dívida
15. externa, um grande esquema de desvio de recursos
16. da Saúde e Previdência que não sentiram ~~tal~~ ainda
17. hoje.
18. Foi no fim dos anos de 1990, e início dos anos
19. de 1980, que o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira,
20. torna este cenário político-social para se
21. debater a saúde do país
22. Jânioilton Paum (1999), aqui observamos este como
23. um movimento político e social, fruto de movimentos



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Fonoaudiologia

AR 872

1. Cães da academia, do movimento sindicalizado, de
2. partidos de esquerda, intelectuais e movimentos sociais
3. A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) contribuir
4. para o debate público sobre a saúde enquanto
5. direito inerente à cidadania. Ainda, trouxe luz para
6. o debate da saúde, não como a ausência de
7. doença, mas como um estado de bem-estar e
8. vida plena.
9. localizando um debate que ocorre em meio
10. a guerra fria e de forte incidência em países
11. socialista como a União Soviética e Cuba, ~~em~~ a
12. RSB ancora a perspectiva de determinação e
13. condicionantes da saúde, ~~em~~ deslocando o olhar
14. para além do ~~homem~~, modelo biológico, comportamental
15. de fatores ambientais, culturais, trabalho, alimentos.
16. Cão, socialização, habitação e renda que influenciam
17. o processo saúde-doença - cidade.
18. Apesar dos avanços e de contribuições significativas
19. no campo da Saúde Coletiva - área de conhecimento
20. que surge como fruto da RSB - este não foi de
21. fato um movimento de massa, tendo a academia
22. a principal articuladora e protagonista neste processo
23. Um grande paradigma foi que, apesar de



AA B 2 Z

1. fazer para a Carta Magna de 1988 um conceito
2. de saúde como "saúde é direito de todos e dever do
3. Estado" este movimento não teve pouco frente a lobby
4. política dos planos de saúde privados.
5. Diante de modelos universais de saúde como
6. o Inglês, ~~até 1988~~ ~~até 1990~~ ~~até 1992~~ a Constituição
7. de 1988 não retirou a saúde suplementar, ou melhor,
8. rotatizou mas se manteve para livre execução.
9. Desta forma a Constituição do SUS implica da
10. ao Estado a classe de regular a saúde (pública e
11. privada), o que na prática se cedeu como um grande
12. desafio para a ~~prática~~ gestão do sistema
13. Apesar disso, é importante salientar que o
14. SUS é uma política pública conquistada pela
15. luta da povo brasileiro que sempre anseia por
16. ações que possibilite a vida plena e digna para
17. todos as pessoas independentemente de raça, cor, etnia,
18. gênero, idade ou situação social, o SUS é o todo e partes,
19. A consolidação deste sistema se deu na promulgação
20. da Lei 8.080 de 1990 e da Lei Complementar 8142 de
21. 1991. Assim como foi fundado a organização, a
22. gestão e financiamento do SUS. Para-se primordial
23. a compreensão de que tais legislações estabeleceram



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Fonoaudiologia

AA572

1. fontes influenciam de debate Internacional com a
2. ~~Ata~~ Declaração Universal dos Direitos Humanos e a
3. Convenção de Alma-Ata
4. Sendo assim, a Lei 8.080/90 ~~apresenta~~ apresenta os princípios
5. doutrinações do SUS: Universalidade, Integralidade e equidade
6. seus princípios devem orientar a prática de todos os profissionais
7. do Sistema de Saúde. Em complemento a organização
8. do SUS a Lei 8142/90 trabalha os diversos órgãos
9. técnicos: Decentralização, Regionalização e participação social.
10. O caso da Unidade de Saúde da Família inclui
11. o plano que permite encontrar no encaminhamento
12. Sistema, o encontro da usuário e sua necessidade
13. em saúde e a prática profissional.
14. Inicialmente chama atenção a ausência de
15. Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de
16. Combate a Endemia (ACE), como profissionais poderiam
17. trabalhar a estratégia de saúde da família neste
18. contexto com mais de 10 mil habitantes. Ainda,
19. segundo a Lei 8142 os recursos que são destinados
20. para o município via Fundo são condicionados a
21. presença do Conselho Municipal, este por sua vez deve
22. promover e garantir os Conselhos locais de Saúde.
23. A Política Nacional de Atenção Primária à Saúde



AA872

1. estabelecer a regulamentação de órgãos colegiados e
2. participação em sede quando necessário. Outros
3. praxe ~~um~~ importante é a Política Nacional de Humanização da Saúde queamenta a atuação de enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e profissionais de saúde.
4. Ainda a Política Nacional de Vigilância estabelecer
5. a importância de articulação entre a saúde e as
6. necessidades de saúde de ~~fontes~~ fontes com as
7. participações populares. Todos esses fatores existem
8. para garantir a saúde integral, logo este foi o
9. primeiro princípio traçado no documento técnico
10. de Fiomma tal como na experiência de sua filha
11. Bete na linha de cuidado materno e saúde da
12. mulher
13. O cuidado integral se vivencia na troca entre
14. usuários e profissionais na construção de um projeto de
15. saúde, onde a saúde é o que sustenta toda a
16. vida e todos de Fiomma e sua família.
17. Nessa visão cangea em si marcadas de
18. como a rede, o gênero e a classe que influenciam
19. todo seu processo saúde-doença-cuidado. Há uma influência
20. da educação permanentemente entre os profissionais de
21. saúde que fazem "paciência" sobre a situação. A



AA B 7 C

1. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
2. Portaria 982/2009 trata a educação, capacitação de
3. profissionais de saúde sobre o racismo em saúde e
4. como este fenômeno social limita o acesso à saúde e
5. da população negra. Carla Akotirene (2019), define a
6. Introdutória ~~de~~ ~~seu~~ como uma ferramenta de mobilidade
7. de para compreender o processo de opressão imposto
8. pelo racismo e o gênero. Esta tema, a necessidade de
9. saúde de fenômeno é reflexo de determinantes sociais
10. de saúde em um corpo que sente
11. Outro ponto que chama atenção é a falta de
12. profissional médica dizendo "O corpo aguenta tudo depois"
13. Como se o sujeito fosse fragmentado em partes vivas
14. anômica e patológica do sujeito.
15. Ao estabelecer a integralidade com princípios distributivos
16. leva na gestão, leva na assistência e que se objetiva
17. é a proteção do usuário, o reconhecimento de sua
18. Saberes e sua vivência. Isso não foi preconizado no
19. caso. A escrita ativa e qualificada e o princípio
20. da equidade não foi observado em relação
21. Embora se que o profissional de farmácia
22. avança na sua prática, promovendo e fortalecendo o
23. vínculo junto a D. Flomera. A Política de Humanização,



AA672

1. Componente que o acallimento é parte fundamental
2. no cuidado do doente e deve ser planejado por todos
3. habitantes do lar - de paraben ao médico
4. Tive problemas com o atendimento de todos, pois
5. Constatou, na qualidade de atendimento, porém de
6. atendimento de o planejamento do atendimento da unidade
7. quanto a participação de todos e o controle de qualidade
8. lar.
9. Além disso, algo importante de observar é a
10. necessidade de humanização do serviço e comunicação
11. entre os lados de atuação (RASI) e Saúde (RAS). São
12. em saúde ~~temos~~ ^{temos} uma - Tarefa ou na
13. rede de saúde mental, mas é uma preocupação com
14. acompanhamento qualificado. O sistema acaba estar
15. com pressão alta, o que foi completamente ignorado
16. pelo médico, que já possui um conhecimento ao longo
17. de tempo, além de um diagnóstico mais preciso e
18. preciso.
19. O profissional de saúde atua de SOS de acordo com
20. um sistema de saúde humana de atenção. O sistema
21. de Saúde de Saúde Universal considerando o maior
22. de planejar as manifestações em diversas formas;
23. pessoas, gestos, linguagem, ética e de acordo.



AAB72

1. O princípio da universalidade atua com todos na
2. garantia de acesso à bucinas de acesso que podem
3. ser geográficas, financeiras também existem na região
4. de um cidade ~~qualificada~~ não qualificada
5. Admim, este caso exemplifica que apesar de
6. SUS ser uma grande conquista sua garantia e
7. implementação se dá claramente. Se por um lado
8. aparece-se na compreensão de saúde para além de
9. doença, enquanto um direito fundamental a formação,
10. profissional muitas vezes fragmentada e heterogênea
11. limita a efetividade de cidade.
12. Com certeza, a ~~1~~ fonoaudiologia faz parte da
13. história do SUS, enquanto ocupa-se de comunicação
14. humana, e bem mais caso da humanidade, da ciência
15. quando implicada com o primeiro nível, ~~potencializa~~
16. ações, lugares e comunidades.
17. A compreensão de luta pela construção do SUS deu
18. principais e distintas formas norteadas a formação de
19. novos profissionais cada vez mais interligados com outros
20. saberes e conhecimentos, necessitando a construção de uma
21. dial da participação social e sendo elemento de
22. Direitos Humanos
23. Por fim, o SUS é uma política pública em



AA B7 Z

24. Condições coletivas e individuais. Para conhecer e
25. reconhecer o Direito à Saúde de todos os povos
26. que se dá nas relações, nas trocas e nos caminhos,
27. o SUS necessita de profissionais comprometidos com
28. este ideal de Brasil que queremos. Reconhecendo
29. a diversidade quanto ao modo civilizatório de
30. sociedade que queremos e que estamos construindo.
- 31.
32. Referências
33. Paiva J. O que é o SUS. Focuz: Rio de Janeiro 2009
- 34.
35. Akotiene C. Interseccionalidade. Feminismos Plurais (2019)
- 36.
- 37.
- 38.
- 39.
- 40.
- 41.
- 42.
- 43.
- 44.
- 45.