



MUDANÇAS COM A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: HISTÓRIA ORAL DE VIDA

CHANGES WITH THE CREATION OF THE UNIFIED HEALTH SYSTEM: ORAL LIFE HISTORY

CAMBIOS CON LA CREACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD: HISTORIA ORAL DE VIDA ÚNICO

Mayara Dantas de Oliveira¹, Cecília Nogueira Valença², Ana Lúcia de França Medeiros³, Hélyda de Souza Bezerra⁴, Gleyce Any Freire de Lima⁵

RESUMO

Objetivo: conhecer as mudanças que ocorreram na assistência à saúde, por meio do resgate da história oral de vida, desde antes da construção do Sistema Único de Saúde até os dias atuais. **Método:** estudo descritivo, com abordagem qualitativa, utilizando-se o método da narrativa de vida de uma depoente, a partir do caderno de campo e entrevista semiestruturada, realizada na Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN. Os dados foram analisados pela Técnica de Análise temática. **Resultados:** após análise, emergiu a categoria: << Mudanças com a criação do sistema único de saúde>>. A depoente especifica sua vivência nas décadas de 1970 e 1980, de grandes mudanças na política, na saúde e na formação no Brasil. **Conclusão:** a história de vida da depoente permitiu uma aproximação com mudanças que precisaram ser pensadas após a concepção de um novo modelo de assistência à saúde. **Descritores:** Sistema único de Saúde; Saúde pública; Enfermagem em Saúde Comunitária.

ABSTRACT

Objective: to know the changes that occurred in the health assistance, trough rescue of the oral life history, since the Unified health system foundation till nowadays. **Method:** a descriptive study, with qualitative approach, using the life narrative method of a deponent, trough the field notebook and semi structured interview, conducted at the Rio Grande do Norte State University. Data were analyzed by the thematic analysis technique. **Results:** after analysis, emerged the category: <<Changes with the unified health system>>. The deponent specifics his living during the 1970's and the 1980's, which caused huge changes at the policy, the health and the Brazil formation. **Conclusion:** the life history of the deponent allowed the approach to changes that need to be thought about after the conception of a new health assistance type. **Descriptors:** Unified Health System; Public Health; Community Health Nursing.

RESUMEN

Objetivo: conocer los cambios que se han producido en el cuidado de la salud a través del rescate de la historia oral de la vida desde antes de la construcción del Sistema de Salud hasta la actualidad. **Método:** Estudio descriptivo con un enfoque cualitativo, utilizando el método de la narración de la vida de un declarante con diario de campo y la entrevista semi-estructurada, realizado en la Universidad del Estado de Rio Grande do Norte. Los datos fueron analizados mediante la técnica de análisis temático. **Resultados:** Después del análisis, surgió la categoría: <<Los cambios con la creación del sistema único de salud>>. El declarante especificó su experiencia en los años 1970 y 1980, los principales cambios en la política, en la salud y en la formación del Brasil. **Conclusión:** la historia de vida de la declarante permitió una aproximación a los cambios que necesita ser pensado después del diseño de un nuevo modelo de atención de la salud. **Descriptores:** Sistema Único de Salud; Salud Pública; Enfermería en Salud Comunitaria.

¹Enfermeira (egressa), Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN. Currais Novos (RN), Brasil. E-mail: mayarah_dantas@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UERN. Santa Cruz (RN), Brasil. E-mail: cecilia_valenca@yahoo.com.br; ³Enfermeira, Mestranda, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos/UNISANTOS, Professora, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte/UERN. Caicó (RN), Brasil. E-mail: analuciapatospb@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Professora Especialista, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UERN. Santa Cruz (RN), Brasil. E-mail: hellydasbezerra@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Mestranda do Programa de Enfermagem, Universidade do Rio Grande do Norte/UERN. Natal (RN), Brasil. E-mail: gleyceany_freire@hotmail.com

INTRODUÇÃO

As mudanças na assistência à saúde prestada pelo Estado à população brasileira aconteceram gradualmente, passando por vários modelos de atenção à saúde, além de alterações significativas na gestão, nos processos de trabalho e nos próprios profissionais de saúde. Nesta perspectiva de mudanças, este estudo compreendeu a história de vida de uma depoente desde o modelo inampsiano de saúde até a criação e consolidação do sistema único de saúde (SUS).

Em meados dos anos 70, época do regime militar e ainda antes da criação do SUS, surge o Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), o qual era responsável apenas pela a saúde dos trabalhadores que contribuíam com a previdência social e seus dependentes. O INAMPS se caracterizava por prestar uma assistência médico-hospitalar. Em contrapartida a este, aqueles indivíduos que não dispunham de uma atividade empregatícia, deixavam sua saúde à mercê do Ministério da Saúde, já existente naquela época, categorizado por sua assistência camponês.¹

O Sistema de saúde INAMPS era considerado excludente para uma grande parte da população, pois não possuía caráter universal. Os trabalhadores contribuintes tinham direito à assistência no seu adoecimento, porém para outros, muitas barreiras estavam presentes. Logo, havia a necessidade de um emprego formal para que fosse garantido o atendimento à saúde, mesmo que esse não fosse de qualidade.²

Diante disso, é importante ressaltar que a política atuante da época privatizou os serviços do INAMPS através de contratos realizados com recursos da previdência, estimulando a atuação da assistência hospitalar. Com isso, as ações de saúde se desenvolviam através de especialidades, sem nenhuma integração, dificultando uma continuidade da assistência.³

Os anos se passavam e a saúde não melhorava, os trabalhadores contribuíam e não tinham uma assistência médica de qualidade, trabalhadores autônomos, empregadas domésticas e trabalhadores rurais sem direito à saúde, à mercê das doenças. Logo, a população começou a se manifestar e começaram os primeiros movimentos sociais à favor do direito à saúde.⁴

Um movimento que foi essencial para desencadear grandes mudanças foi a Reforma Sanitária Brasileira. Esta aconteceu em meados dos anos 70/80, e foi proposta num

momento de intensas modificações, pretendendo ser mais do que uma revolta setorial. A revolta almejava que pudesse servir para a consolidação da democracia e a consolidação da cidadania no país. A realidade do fim da década de 70 e início de 80, ainda era de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde.⁴

Como consequência do Movimento da Reforma Sanitária, em 1986, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), propondo um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral. Logo em seguida veio a Constituição de 1988, conhecida como a Constituição Cidadã, tendo como uma de suas marcas a criação do Sistema único de Saúde (SUS), e com ele o reconhecimento de muitos direitos de cidadania. A saúde passa a ser reconhecida como direito de todos, e como um dever do Estado.⁵

Dessa forma, a partir dos movimentos sociais e das discussões da reforma sanitária, deu-se na criação do sistema único de saúde em 1988, a partir da constituição federal brasileira. Desde então, o SUS vem passando por diversas mudanças e desafios em busca de uma atenção à saúde integral e humana.⁶

O SUS como resultante do movimento de reforma sanitária, pode ser considerado uma consequência de luta, conquista e esperança, pois para o seu nascimento ser possível, uma multidão de pessoas transformou uma proposta criada em sua própria sociedade, em uma parte de um sistema de proteção social.⁷

Houve muitos acontecimentos importantes nesse percurso de construção da democracia, num país cuja sociedade sempre foi marcada por uma estrutura de autoritarismo governamental, hierárquica e pelo predomínio privativo sobre a população, características essas que reforçam as formas de desigualdades sociais. Dessa forma, as relações que sempre estiveram presentes são de relações de favoritismo, clientelismo, tutela, cooptação ou opressão, dependendo do grau de desigualdade que separa os grupos sociais em relação ou conflito. Portanto, só poderá dar continuidade e implantar uma política de saúde democrática se toda essa estrutura social for realmente derrubada.⁸

Apesar das conquistas, o sistema ainda apresenta algumas fragilidades, como por exemplo, problemas com a gestão dos serviços de saúde; falta de gerência com os recursos financeiros e afinidades políticas nas escolhas dos cargos para a gerência; deficiência no suprimento de insumos e a infraestrutura pobre e insuficiente. Além disso, a hegemonia do modelo biomédico ainda se apresenta nas

Oliveira MD de, Valença CN, Medeiros ALF et al.

práticas profissionais e na mentalidade dos usuários.⁹

Esse estudo tem por objetivo conhecer as mudanças que ocorreram na assistência à saúde, por meio do resgate da história oral de vida, desde antes da construção do Sistema Único de Saúde até os dias atuais.

MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa, através do método da história oral, na modalidade história oral de vida.¹⁰

A pesquisa qualitativa tem como foco os indivíduos e o ambiente em que está inserido junto com suas complexidades, sem controle colocado pelo pesquisador. Logo, se baseia no argumento de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição de experiências humanas, assim como ela é vivida e tal como ela é expressada por quem vive.¹¹

A história oral de vida é definida como um registro da experiência pessoal que segue um procedimento em que o entrevistador interfere o mínimo possível, atuando como estimulador, e o depoente tem liberdade para falar da sua experiência. Cuida de impressões e subjetividades, e a individualização é fundamental.¹⁰ Dá-se ao sujeito liberdade para dissertar livremente sobre uma experiência pessoal em relação ao que está sendo indagado pelo pesquisador.¹²

Antes da gravação, devem ser registrados num caderno de campo os dados de identificação (nome do projeto, data, nome do entrevistador, nome do colaborador, local da entrevista) e, durante a sua realização, deve ficar registrado que a entrevista terá uma conferência e que nada será publicado sem a autorização prévia do colaborador. As questões de corte devem ser formuladas, preferencialmente, ao final da entrevista.¹³

Após a realização da entrevista, há a necessidade da transformação do relato oral em texto escrito para torná-lo disponível ao público. Para tanto, fazem-se necessárias às etapas de transcrição, textualização e transcrição:¹⁰

A amostra populacional da pesquisa é composta por uma docente do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), no campus Caicó, que vivenciou o processo de implantação do SUS. Essa depoente foi escolhida com base no propósito deste estudo e nas características da individualização do método da história oral de vida, ora apresentadas, sendo a respondente qualificada para dar contribuições às questões

Mudanças com a criação do sistema único de saúde...

de pesquisa através do relato de sua história de vida. Através da análise temática emergiu apenas uma categoria: mudanças com a criação do sistema único de saúde.

Como instrumentos de coleta de informações foram utilizados o caderno de campo e um roteiro de entrevista semiestruturada. O caderno de campo foi preenchido antes, durante e após a realização de cada entrevista, no qual foram registrados todos os dados referentes à depoente, tanto os dados pessoais como os dados referentes à entrevista, pois são de grande valia para dúvidas que pudessem vir a surgir e que, por algum motivo, não foram gravadas.

Essa pesquisa teve início a partir da liberação do parecer do Comitê de Ética da UERN, mediante o protocolo de aprovação nº. 025/11 e o CAAE 0018.0.428.000-11. O termo de consentimento livre e esclarecido foi devidamente assinado pela depoente.

As informações foram analisadas através da técnica de análise de conteúdo, na modalidade de análise temática, tomando como base os temas que emergiram dos relatos do sujeito e representaram unidades de significação capazes de denotar os valores de referência e os modelos de comportamento presentes nas narrativas.¹⁴ O anonimato da entrevistada foi preservado pelo pseudônimo de Izabel dos Santos, escolhido pela depoente.

RESULTADOS

Apesar de todos os avanços e conquistas dos trabalhadores, a assistência à saúde e a vigilância sanitária ainda não era direito de todos. Se a população não fosse contribuinte, não conseguiria atendimento gratuito. As despesas médicas e hospitalares tinham que ser pagas por conta própria, traduzindo o pensamento privatista.

Não existia o atendimento hospitalar gratuito e, caso não tivesse como pagar, a população ficava à mercê da boa vontade dos profissionais e de casas de caridade, que tinham muito pouco a oferecer.

No discurso a seguir, podemos perceber algumas características do modelo de saúde inampsiano:

Eu estava trabalhando no hospital que era vinculado ao INAMPS, um modelo bem privatista mesmo, e chegou um paciente com a receita médica de uma penicilina, conseguida numa casa de caridade, mas ele não tinha a carteira de contribuinte. Então, eu não podia aplicar o medicamento, porque era norma do hospital, e isso me deixava revoltada. O modelo de saúde que existia antes do SUS era totalmente assistencial. A

Oliveira MD de, Valença CN, Medeiros ALF et al.

importância de se conhecer a condição de vida do paciente, atividades que desenvolvia, alimentação e antecedentes, ou características da comunidade, era desconhecida ou simplesmente ignorada. Eu fui me desencantando pela assistência (Izabel dos Santos).

Esse sentimento de indignação especificado pela depoente estava ligado às novas descobertas e aos novos pensamentos que surgiam na área da saúde, que contribuíram para uma mudança no pensamento existente sobre a saúde e a assistência dada à população.

Os pensadores e estudiosos da época começaram a questionar a dinâmica dos modelos de saúde e iniciaram algumas revoltas e reivindicações.

Por um lado aconteceu esse desencantamento pela forma que o paciente era tratado, e também pela desvalorização do profissional de enfermagem, na área da assistência. Em contrapartida, a gente vinha ganhando espaço na medicina preventiva e no movimento sanitário. E eu me encantei com o novo pensamento que se tinha da saúde, a qual era vista não somente como ausência de doença, mas se pensando no bem estar do indivíduo e do meio em que está inserido. Eu fiz parte dos movimentos de luta [Reforma sanitária], participando das militâncias enquanto estudante e das discussões, para a criação de um sistema que garantisse a saúde de qualidade às pessoas (Izabel dos Santos).

A depoente especifica momentos vividos por ela, enquanto estudante de enfermagem e enfermeira recém-formada, durante as décadas de 1970 e 1980, que foram de grandes revoluções e mudanças na política, na saúde e na área de formação em saúde no Brasil.

O movimento da reforma sanitária e a VIII Conferência foram resultados de movimentos sociais imprescindíveis para a época e criação do Sistema Único de Saúde.

A fala a seguir mostra que a depoente fez parte dessa história e das discussões que deram origem ao SUS:

Participei ativamente da luta pela construção do sistema único de saúde, o que pra mim foi muito importante para minha formação, na minha decisão de me transformar e inclusive me qualificar enquanto enfermeira sanitária e participar da medicina social da época. (Izabel dos Santos).

Com a instituição de um novo sistema de saúde que volta suas atenções para ações que vão além da assistência médico-hospitalar, o conceito de saúde, visto anteriormente apenas como ausência de doença, atinge uma

Mudanças com a criação do sistema único de saúde...

mudança. Assim, esse conceito foi ampliado, interpretado agora como um completo estado de bem estar físico, mental e social.

Essa transição de pensamentos e concepções é bem explicada na fala da colaboradora do estudo:

A gente estava a partir de então, tendo a compreensão que existia um novo jeito de compreender saúde e de fazer saúde, saúde visualizada não apenas como ausência de doenças, mas saúde vista de maneira positiva, como qualidade de vida (Izabel dos Santos).

DISCUSSÃO

O governo estava alcançando um pensamento de seguridade social para a população, aumentando suas responsabilidades quanto à saúde e voltando-se para uma abrangência cada vez maior de suas ações relacionadas à assistência não somente médico-hospitalar, mas contando também com a assistência sanitária.

Em 1966, acontece a unificação da Previdência Social e Institutos de Aposentadoria e Pensões no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), fato que uniformizou serviços e benefícios, dispensando os trabalhadores da gestão. Marcou a entrada do governo como ator principal da política previdenciária, para além da regulação. Além disso, formou os seguros relativos a acidentes de trabalho (1967) e a extensão da previdência aos trabalhadores rurais (1971), às empregadas domésticas (1972) e aos autônomos (1973).¹⁵

Desse modo, a Previdência social foi, gradativamente, alcançando todas as classes trabalhadoras, assegurando-as com vários direitos, além da assistência médica.

Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS), que seguia uma fórmula racionalizadora e eficiente, mas com características privatistas, centralizadoras e excludentes com os segurados. Este era composto por três institutos: o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para assistência médica; o INPS, para os benefícios. O Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) para o controle financeiro.¹⁵

O INAMPS foi criado para prestar assistência à saúde exclusivamente aos trabalhadores contribuintes e aos seus dependentes, excluindo a parcela restante da população. Estes, juntamente com seus hospitais conveniados, desenvolviam uma assistência de caráter hospitalocêntrico, onde se interessava apenas a cura dos indivíduos, não havendo

Oliveira MD de, Valença CN, Medeiros ALF et al.

continuidade nem integralidade da assistência.¹

O modelo hospitalocêntrico/curativo privatista foi um modelo bastante utilizado na época. Este consiste em uma abordagem biológica/individual e aparece quando se tem uma visão pequena do processo de adoecimento, sem articulação com determinantes sociais. Nesse modelo médico curativo são desconsiderado determinantes como emocionais, psicológicos, culturais, econômicos e sociais que interferem no estado saúde das pessoas.¹⁶

O país vivia sob visão dupla de um sistema dividido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro tinha ações voltadas à saúde de caráter individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. A saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo principal as atividades de assistência preventiva.¹⁷

Diante dessa situação, a população e a comunidade científica começaram a se revoltar com o modelo de saúde vigente, pois este não possuía acesso universal, excluindo grande parte da população do direito à saúde. Além do mais, os modelos existentes não caminhavam de forma igualitária fazendo com que a saúde não apresentasse melhorias. A partir disso, a sociedade começou a se organizar em movimentos em prol de uma assistência à saúde digna.

O movimento estudantil foi imprescindível e marcou no século passado com sua presença no cenário político na época da ditadura no Brasil. conseguiu, por algum tempo, ser o ator social de maior força e organização, atraindo outros grupos e movimentos sociais para lutar por melhores condições de vida/saúde.⁴

A crise previdenciária, a redemocratização política do país e a pressão da população por melhores condições de moradia, infraestrutura e saneamento foram suficientes para iniciar uma mobilização entre estudantes, profissionais da saúde e da educação. Além dessas pessoas, participaram sanitaristas, políticos e pessoas expressivas da comunidade, num movimento conhecido como Reforma Sanitária.

O movimento teve origem na década de 1970, idealizado por alguns intelectuais ligados à medicina preventiva, que se dedicavam a compreender o modelo assistencial vigente e criticar sua dinâmica e práticas. Essas movimentações instituíram uma nova forma de pensar saúde, voltando-se

Mudanças com a criação do sistema único de saúde...

para as ciências sociais, a teoria marxista, o materialismo dialético e histórico, dividindo o foco dado às ciências biológicas e o estudo das formas de transmissão das doenças.¹⁸

A conferência discutiu e aprovou a unificação do sistema de saúde, o conceito ampliado de saúde, o direito de cidadania e dever do Estado, elaborou novas bases financeiras do sistema e a criação de instâncias institucionais de participação social.¹⁵

A VIII Conferência abriu caminhos para a reorientação da assistência médica e de saúde pública, mostrando que a saúde iria melhorar gradativamente.

Em 1988, foi decretada a nova constituição brasileira, que instituiu, em seu artigo 194, a saúde como parte da seguridade social, “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”, dessa forma, a saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado (artigo 196). A partir daí foi iniciado um movimento para a descentralização e regionalização dos serviços de saúde com o intuito de garantir a efetivação deste sistema.⁴

O SUS é regido por um conjunto de princípios e diretrizes válidos por todo o território brasileiro, que garantem a descentralização dos serviços e a integralidade no atendimento e a participação da comunidade. O SUS foi instituído pelas chamadas Leis Orgânicas da Saúde. As leis foram promulgadas em 1990, Leis 8.080 e 8.142, constituíram as bases legais de organização do novo sistema de saúde do Brasil, o SUS.²

A Lei orgânica da saúde 8.080 estabeleceu seus princípios e diretrizes do SUS: Universalidade no acesso em todos os níveis de assistência, Igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, Integralidade da assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos em todos os níveis complexidade do sistema, participação da comunidade e a Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo.¹⁹

Com sua criação, o SUS deixou marcas eternas sobre o direito à Saúde registrado na Carta Magna.²⁰ Nesse cenário, a saúde deixa ser vista apenas com foco no biológico, passando a ser enxergada de forma integral, no contexto social, econômico, cultural e biológico.

Oliveira MD de, Valença CN, Medeiros ALF et al.

O conceito ampliado de saúde foi decisivo para que os serviços passassem a visualizar não só o indivíduo, mas o ambiente, a família e o coletivo. Fato que mudou o pensamento de que a doença era único alvo do problema, dividindo a atenção com a qualidade de vida, o trabalho e a família do cidadão assim como sua comunidade e os problemas de infraestrutura e de funcionamento enfrentados por ela.²¹

Se o conceito de saúde mudou, algumas abordagens sobre a doença e sobre o adoecer também mudaram. Os agravos à saúde antes relacionados a uma causa única - castigos divinos, incorporação por demônios ou a algum fator microbiológico - modelo chamado de unicausal, passaram a ser relacionados a causas múltiplas - aspetos sociais ou psicossociais, biológicos, químicos e físicos - modelo multicausal.²¹⁻²²

As modificações ocorridas na economia, política, na sociedade, no pensamento dos estudiosos e as revoltas populares geradas pelas más condições de infraestrutura no país contribuíram para transformações significativas na área da saúde no Brasil. Essas mudanças melhoraram a forma de se tratar a doença e, principalmente, a forma de se encarar a saúde.

É possível compreender que a conquista de uma assistência à saúde de qualidade e melhor distribuída só foi possível com a criação de um sistema de saúde capaz de englobar todo o processo saúde/doença. Esse sistema fomentaria atividades e estratégias que promovam a saúde, previnam as doenças e que proporcione todo o arcabouço necessário para detecção, tratamento e cura, quando possível, das doenças.

Dessa forma, o Estado também teve que se mobilizar e criar estratégias, programas e políticas para efetivar o SUS, no sentido de descentralizar a assistência, consolidando seus princípios e diretrizes. O SUS também possibilitou o crescimento de algumas profissões da saúde e especialidades médicas.

A partir desse crescimento significativo do sistema e da quantidade de profissionais envolvidos no seu funcionamento, a enfermagem teve acesso a alguns programas criados pelo MS, consequentemente, ganhou autonomia e muitas responsabilidades para com a saúde da população.

CONCLUSÃO

A história de vida da depoente nos permitiu uma aproximação maior com todo o processo de criação do SUS e com as mudanças que precisaram ser pensadas após a concepção de um novo modelo de assistência à saúde, que

Mudanças com a criação do sistema único de saúde...

exigia um novo perfil tanto dos profissionais e serviços quanto do governo e gestores.

No decorrer do estudo, fica evidenciando em algumas partes o quanto o povo brasileiro sofreu com modelos de saúde privatistas e com a atenção a saúde biologicista e tecnicista, e o quanto foi difícil, para ela, atuar na área da saúde antes do conceito ampliado permear o pensamento dos estudiosos e se difundir entre os profissionais e serviços. Época em que não se pensava em SUS.

A colaboração da depoente foi de extrema importância para o estudo, proporcionando uma maior emoção e vivacidade, pois o trabalho incluiu a materialização de suas palavras e sentimentos. Ela vivenciou o processo de mudança de pensamento que contribuiu para um novo modelo de saúde e teve a oportunidade de participar de programas que tornaram possível a consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Santo CCE, Oliveira DC, Gomes AMT, Pontes APM, Campos LA. Memórias e representações acerca do SUS para técnicos e auxiliares de enfermagem. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2010 Oct/Dec [cited 2014 June 24];12(4):630-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.8580>
2. Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O Princípio de Universalidade do acesso aos serviços de Saúde: o que pensam os usuários? Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2009 July/Sept [cited 2014 June 24];13(3): 500-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a07>
3. Oliveira DC, Sá CP, Santo CCE, Gonçalves TC, Gomes AMT. Memórias e representações sociais dos usuários do SUS acerca dos sistemas públicos de saúde. Rev eletrônica enferm [Internet]. 2011 jan/mar [cited 2014 June 24];13(1):30-41. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n1/pdf/v13n1a04.pdf
4. Aguiar ZN. Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Editora Martinari; 2011. 192 p.
5. Santos NR. SUS, Política Pública de Estado: desenvolvimento instituído e instituinte e a buscas de saídas. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013 [cited 2014 June 25];18(1):273-80. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n1/28.pdf>

Oliveira MD de, Valença CN, Medeiros ALF et al.

Mudanças com a criação do sistema único de saúde...

6. Oliveira MD, Lima GAF, Sales LKO, Valença CN, Germano RM. The Nursing Education And The Unified Health System: Oral History of Life. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2014 July 02];6(6):1491-4. Available from:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2203/pdf/1262>

7. Valença CN, Germano RN. O QUE É SUS. Paim JS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde). Cad. Saúde Pública [Internet]. 2010 June [cited 2014 July 02];26(6):1261-5 Available from : <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n6/19.pdf>

8. Almeida C. Os 25 anos do SUS: Desencanto ou oportunidade? Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 Oct [cited 2014 July 02];29(10):1927-53. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n10/a08v29n10.pdf>

9. Dantas JF, Valença CN, Morais IF, Sales LKO, Germano RM. O Sistema Único de Saúde no Olhar dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da família. J Nurs UFPE [on line]. 2013 set [cited 2014 July 02];7(9):5518-25. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3304/pdf/334>

10. Meihy JCSB. Definindo história oral e memória. Cadernos CERU. São Paulo: 1994; 5(2):52-60.

11. Santos MGPS, Medeiros MMR, Gomes FQC, Enders BC. Nurses perceptions on the nursing process: an integration of qualitative studies. Rev RENE [Internet]. 2012 [cited 2014 July 02];13(3):712-23. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/739/pdf>

12. Santos IMM, Santos RS. A etapa de análise no método história de vida: uma experiência de pesquisadores de enfermagem. Texto e Contexto Enferm [Internet] 2008 [cited 2014 July 02]; 17(4):714-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/12.pdf>

13. Lima AFS, Gualda DMR. História oral de vida: buscando o significado da hemodiálise para o paciente renal crônico. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet] 2001 [cited 2014 July 02];35(3):235-41. Available from: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/595.pdf>

14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 8th ed. São Paulo: Hucitec; 2004.

15. Ministério da Saúde (BR). Histórias da Reforma Sanitária e Processos Participativos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

16. Silva RPG, Rodrigues RM Sistema Único de Saúde e a Graduação em Enfermagem no Paraná. Rev. bras. enferm. [Internet] 2010 Jan/Feb [cited 2014 July 02];63(1):66-72 Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a11.pdf>

17. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma Sanitária e a Criação do Sistema único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde [Internet] 2014 Jan/Mar [cited 2014 July 20]; 21(1):15-35 Available from: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>

18. Pinheiro TXA. Uma visão do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva. História, Ciências, Saúde [Internet]. Oct/Dec 2009 [cited 2014 July 20];16(4):1045-1056. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n4/12.pdf>

19. Carvalho G. A saúde Pública no Brasil. Estud. av. [Internet] 2013 [cited 2014 July 26]; 27(78):7-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>

20. Junior KRC. O SUS e o Direito a Saúde. Physis (Rio J.) [Internet]. 2010 [cited 2014 July 26];20(1):11-13. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a01v20n1.pdf>

21. Lima PC, Silva AB, Tradi MC. Determinantes do processo saúde-doença: identificação e Registro na consulta de enfermagem. Rev. Intellectus [Internet] 2008 Dec [cited 2014 July 26];4(5):[about 7 p]. Available from: <http://pt.scribd.com/doc/73343779/03-ART-Enfermagem>.

22. Peretti, AG, Martins PPS, Lorenzi CG. The Management of social Problems Talk in a Support Group. Psicol Soc [Internet]. 2013 [cited 2014 July 26];25(spe):101-10. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25nspe/12.pdf>

Submissão: 15/10/2015

Aceito: 27/05/2016

Publicado: 01/07/2016

Correspondência

Cecília Nogueira Valença
Universidade Federal do Rio Grande do Norte -
Campus FACISA
Rua Vila Trairi,S/N
CEP 59200-000 — Santa Cruz, (RN), Brasil