



FAMINAS  
VIRTUAL



**POLÍTICAS PÚBLICAS  
DE SAÚDE**



O48p Oliveira, Grazielli Cristina Batista de  
Políticas públicas de saúde. / Grazielli Cristina Batista de  
Oliveira; Mariana de Lazzari Gomes (rev.). – Belo Horizonte:  
FAMINAS, 2024.  
142p.

ISBN: 978-65-88341-13-1

1. Políticas públicas. 2. Saúde pública. I. Oliveira, Grazielli  
Cristina Batista de. II. Gomes, Mariana de Lazzari (rev.). III.  
Título.

CDD: 614.0981

## Sumário

<b>UNIDADE I: POLÍTIICAS PÚBLICAS E MODELOS EXPLICATIVOS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....</b>	<b>7</b>
METAS .....	8
POLÍTIICAS PÚBLICAS .....	8
POLÍTIICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	10
AS POLÍTIICAS DE SAÚDE E O CONTEXTO SOCIAL DA POPULAÇÃO .....	10
GLOSSÁRIO.....	11
PARA REFLETIR.....	12
MODELOS EXPLICATIVOS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA .....	12
PARA REFLETIR.....	13
SAIBA MAIS.....	13
MODELO MÁGICO-RELIGIOSO.....	13
PARA REFLETIR.....	14
MODELO UNICAUSAL.....	14
MODELO BIOMÉDICO.....	15
PARA REFLETIR.....	16
MODELO MULTICAUSAL .....	17
MODELO ECOLÓGICO OU MODELO DA HISTÓRIA NATURAL DAS DOENÇAS.....	17
GLOSSÁRIO.....	19
DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E DA DOENÇA .....	21
MODELO DE PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE.....	22
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	23
LEITURA COMPLEMENTAR .....	24
<b>UNIDADE II: DETERMINANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E AS POLÍTIICAS PÚBLICAS DE SAÚDE .....</b>	<b>25</b>
METAS .....	26
DETERMINANTES DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA .....	26

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL .....	28
LEITURA COMPLEMENTAR .....	32
LEITURA COMPLEMENTAR .....	39
LEITURA COMPLEMENTAR .....	42
IMPORTÂNCIA DO MOVIMENTO SANITÁRIO E SUA INFLUÊNCIA PARA O MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE .....	42
LEITURA COMPLEMENTAR .....	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	45
<b>UNIDADE III: SUS: CONCEITO, PRINCÍPIOS DOCTRINÁRIOS E CAMINHOS REGULATÓRIOS .....</b>	<b>48</b>
METAS .....	49
SUS: CONCEITOS E PRINCÍPIOS DOCTRINÁRIOS.....	49
LEGISLAÇÃO DO SUS .....	50
DIRETRIZES E PRINCÍPIOS DO SUS .....	51
PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE .....	53
PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE .....	53
PRINCÍPIO DA EQUIDADE.....	54
DIRETRIZES DO SUS.....	55
PARA SABER .....	56
REGULAMENTAÇÃO DA LEI Nº 8.080/1990 – DECRETO 7.508/2011 .....	57
GLOSSÁRIO.....	58
GLOSSÁRIO.....	59
LEITURA COMPLEMENTAR .....	59
CONTROLE SOCIAL E FINANCIAMENTO - LEI ORGÂNICA nº 8.142/90 .....	59
GLOSSÁRIO.....	60
O CAMINHO PARA DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DO SUS - NOB'S E NOAS .....	61
LEITURA COMPLEMENTAR .....	64
RESUMO DA UNIDADE .....	64

<b>UNIDADE IV: POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA.....</b>	<b>65</b>
METAS .....	66
NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	66
ATENÇÃO BÁSICA.....	67
MÉDIA COMPLEXIDADE.....	69
ALTA COMPLEXIDADE.....	70
LEITURA COMPLEMENTAR .....	70
TECNOLOGIAS NO CUIDADO EM SAÚDE .....	71
A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	72
DIRETRIZES DA ESF.....	74
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB) .....	75
LEITURA COMPLEMENTAR .....	76
TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA ESF.....	77
LEITURA COMPLEMENTAR .....	79
REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE .....	79
LEITURA COMPLEMENTAR .....	80
O CENTRO DE COMUNICAÇÃO DAS REDES: A ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	83
LEITURA COMPLEMENTAR .....	85
RESUMO DA UNIDADE .....	85
<b>UNIDADE V: POLÍTICAS PÚBLICAS E MODELOS EXPLICATIVOS DO PROCESSO</b>	
<b>SAÚDE-DOENÇA .....</b>	<b>87</b>
METAS .....	88
ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	88
PARA SABER .....	90
ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA .....	93
PARA SABER .....	96
ATENÇÃO HOSPITALAR.....	96
PARA SABER .....	99

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE BUCAL .....	99
PARA SABER .....	102
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL.....	102
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA .....	104
PARA SABER .....	107
VIGILÂNCIA À SAÚDE .....	107
GLOSSÁRIO.....	109
RESUMO DA UNIDADE .....	112
<b>UNIDADE VI: POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA AO IDOSO.....</b>	<b>113</b>
METAS .....	114
POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA AO IDOSO .....	114
PARA SABER .....	118
POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA OS POVOS INDÍGENAS.....	119
PARA SABER .....	122
POLÍTICAS DE SAÚDE E CUIDADO INTEGRAL DA MULHER .....	122
PRINCIPAIS AVANÇOS, DILEMAS E IMPASSES DO SUS .....	125
REFERÊNCIAS .....	133

# **UNIDADE I**

**POLÍTICAS PÚBLICAS E MODELOS  
EXPLICATIVOS DO PROCESSO SAÚDE-  
DOENÇA**



## METAS

---

As doenças e as teorias, práticas e instituições destinadas a combatê-las estão fortemente vinculadas à organização da sociedade e alteram por completo o cotidiano das populações. Ao lado dos problemas acarretados pelas doenças, desenvolveram-se também crenças, saberes, práticas, personagens e entidades voltados para o combate a esses males. Eficazes ou não, religiosos, curandeiros, médicos e instituições diversas disputaram o controle sobre os cuidados com a saúde.

A forma como entendemos e lidamos com a dicotomia saúde-doença impacta nas políticas públicas implementadas e nas nossas ações enquanto profissionais de saúde (PONTE; FALLEIROS, 2010) □ Para entendermos como elas são planejadas e o quão efetivas podem ser, precisamos compreender quais atores estão envolvidos nesse processo e como são entendidos os conceitos de saúde e doença e seus fatores determinantes. Para isso, iniciaremos nossos estudos refletindo sobre o conceito de políticas públicas e sua implementação no contexto da saúde. Abordaremos, ainda, os fatores determinantes para seu planejamento e implementação. Discutiremos a definição do processo saúde-doença e alguns modelos explicativos utilizados para sua compreensão.

---

## POLÍTICAS PÚBLICAS

A configuração da estrutura estatal de atenção à saúde é influenciada por contextos culturais, políticos, sociais e econômicos. Tal contexto reflete as ameaças comuns ao conjunto da sociedade e contribui para desenhar as atribuições, o alcance e o formato do aparelho estatal (PONTE; FALLEIROS, 2010).

O conceito de políticas públicas vem sendo ressignificado ao longo do tempo, não existindo apenas uma única definição para a interpretação desse conceito (AGUM; RISCADO; MENEZES, 2015). Assim, as **políticas públicas** podem ser entendidas como o “conjunto das diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado para fazer frente a um problema que a sociedade apresenta” (ACURCIO, 2005).

Uma política passa por fases e processos sociais, sendo planejada e implementada como resposta às necessidades apresentadas pela sociedade, a fim de amenizar os conflitos e desigualdades. É desenhada a partir dos interesses de vários grupos sociais (SILVA et al., 2017). Para facilitar nosso aprendizado, neste ponto cabe discutirmos os conceitos de “ator social” e “problema”.





## GLOSSÁRIO

---

**Ator social-** “Coletivo de pessoas ou, no seu extremo, uma personalidade que participa de determinada situação, tem organização minimamente estável, é capaz de intervir nesta situação e tem um projeto. Uma necessidade não satisfeita, desde que se tenha consciência desta e o desejo de satisfazê-la” (ACURCIO, 2005).

---

Munidos desses conceitos, podemos perceber que, em determinadas situações, o que é problema para um ator pode ser oportunidade para outro (ACURCIO, 2005). Ao escolher os problemas e construir as estratégias de ação a serem desenvolvidas no âmbito institucional, cada ator social expressa um projeto de política, articulado a determinadas forças sociais.

Desse modo, as políticas públicas repercutem na comunidade, explicando a inter-relação entre Estado, política, economia e sociedade (SILVA *et al.*, 2017). Percebemos, então, que existe uma discrepância entre o conjunto de problemas sociais observados no nosso cotidiano e a capacidade do Estado em lidar com eles. Assim, podemos fazer o seguinte questionamento: como os agentes do Estado identificam quais problemas têm maior ou menor relevância para a implementação das políticas públicas?

Observa-se, aqui, a necessidade da criação de uma agenda de políticas públicas, que requer contínua negociação quanto à inclusão ou à exclusão de temas mediante a avaliação de sua importância. Tal agenda é construída tanto no nível geral quanto no âmbito das instituições ou agências que compõem o Estado (ACURCIO, 2005).

Segundo Fleury e Ouverney (2014), as políticas públicas se apresentam como decisões de caráter geral, que buscam dar visibilidade às intenções de atuação do governo e orientar o planejamento das ações, aumentando a transparência, reduzindo sua descontinuidade e potencializando os recursos disponíveis (FLEURY; OUVERNEY, 2008). Dentre os pontos fundamentais de uma política pública está seu propósito, diretrizes e definição de responsabilidades das esferas de governo e dos órgãos envolvidos. Deve ser clara a definição de seus objetivos e valores orientadores, a fim de facilitar sua visualização como um todo, contribuindo para a avaliação de seus impactos e planejamento de novas etapas (LOBADO; GIOVANELLA, 2008).

## POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Do mesmo modo, a política de saúde é também um processo composto por uma sequência de tomadas de decisões relativas ao enfrentamento de problemas de saúde identificados como importantes na agenda pública. Do mesmo modo, elas também refletem o momento histórico no qual são criadas, a capacidade de influência dos atores sociais, a situação econômica corrente, o conhecimento científico e tecnologias disponíveis etc. (FLEURY; OUVÉRY, 2008).



### GLOSSÁRIO

---

Política de Saúde-Resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente (FLEURY; OUVÉRY, 2008).

---

## AS POLÍTICAS DE SAÚDE E O CONTEXTO SOCIAL DA POPULAÇÃO

A definição de saúde reflete a conjuntura econômica, social e cultural de uma época e lugar. Portanto, trata-se de um conceito impreciso, dinâmico e abrangente que depende do grau de conhecimento disponível em cada sociedade (BATISTELLA, 2007). Atualmente, observamos uma ampla diversidade na sociedade, com grande complexidade em níveis de desigualdade social e econômica, de diferenças de gênero, de raça, de distâncias geracionais etc.

Desse modo, o perfil saúde-doença é igualmente complexo, não se expressando mais como "doenças de rico *versus* doenças de pobre", como há três ou quatro décadas atrás. Essa dicotomia levou, muitas vezes, à oferta de políticas de saúde preventivas para as áreas pobres da população. Atualmente, fica evidente a necessidade de contemplarmos, também, as demais causas de morbimortalidade que prevalecem na sociedade e que não podem mais ser relacionadas apenas a essa dicotomia, embora, na maioria das vezes, vitimem mais os pobres (CAMPOS *et al.*, 2006).



## GLOSSÁRIO

---

Como exemplo dessa mudança do perfil saúde-doença da sociedade, podemos observar as causas de mortalidade no Brasil. A mortalidade por causas externas é, hoje, um dos principais indicadores, tanto em grandes como em pequenos centros urbanos. Observamos que a violência atinge muito mais os jovens pobres do que os ricos.

Entretanto, diante da complexidade da realidade social e do perfil de morbimortalidade da população, não se pode mais pensar em políticas e programas de saúde distintos para áreas pobres e para áreas ricas, pois esses perfis não se diferem tão drasticamente como no passado (CAMPOS *et al.*, 2006).

---

A política de saúde deve ser tratada como uma política social, voltada para as necessidades dos indivíduos e das coletividades, sujeita a múltiplos determinantes (LOBADO; GIOVANELLA, 2008). Considerando o contexto social do Brasil, no qual parcela significativa da população sobrevive em condições extremamente precárias, a garantia do direito à saúde não pode prescindir de uma estratégia integrada de ação estatal que atue, também, na questão social. Diante disso, Acurcio (2005) aponta alguns critérios que devem ser atendidos pelo sistema de saúde:

- ❖ Ser acessível a todo cidadão, independentemente de sua capacidade financeira ou de sua forma (ou possibilidade) de inserção no mercado de trabalho;
- ❖ Ser capaz de responder às exigências postas pela transformação do quadro demográfico e do perfil epidemiológico nas diversas regiões do país;
- ❖ Ter como objetivo a construção e a preservação da saúde e não apenas a cura da doença;
- ❖ Operar de modo articulado, sujeito aos mesmos princípios e diretrizes, viabilizando a integralidade dos cuidados com saúde e oferecendo serviços de boa qualidade; e
- ❖ Contar com um processo decisório participativo e submeter-se ao controle dos sujeitos sociais.



## PARA REFLETIR

---

Nessa lógica, deparamo-nos com o seguinte questionamento: Cabe ao Estado ser o responsável pelas medidas necessárias para a oferta de um sistema de saúde que responda às necessidades de toda a população, regulando a prestação dos serviços públicos e privados, independentemente de quem e para quem ele são produzidos ou cabe ao Estado, além de garantir a toda a população o acesso a serviços de saúde de qualidade, produzir esses serviços ou ofertá-los, permitindo, também, sua produção pelos subsistemas privados lucrativos e não lucrativos?

---

Os subsistemas público e privado de serviços de saúde apresentam uma articulação ao dividirem tarefas e clientela, tornando complexa a relação mútua que estabelecem mediante a necessidade de lucratividade dos serviços privados. A responsabilidade do Estado vai além da garantia da qualidade na prestação dos serviços, incluindo, também, a elaboração e a implementação de regras que definam quem tem acesso a quais tipos de serviços.

A política de saúde se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado. Cabe ao Estado atuar para que os interesses de determinados atores não prevaleçam sobre os demais, garantindo a lógica maior de atendimento às necessidades de saúde da população em geral (FLEURY; OUVREY, 2008).

## MODELOS EXPLICATIVOS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Processo saúde-doença - A saúde e a doença sempre fizeram parte da realidade e das preocupações humanas. Do mesmo modo, os modelos de explicação da saúde e da doença também estiveram presentes nas sociedades, constituindo distintas narrativas ao longo dos tempos. Nesse caso, não se trata de um conceito abstrato, mas sim da representação de um conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e de doença de uma população (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).

Assim como os pacientes, os profissionais da saúde também trazem, em suas práticas, conscientes ou não, determinadas concepções de saúde-doença-cuidado que interferem diretamente no serviço prestado à população (BATISTELLA, 2003). Se nos propomos a sermos profissionais capazes de compreender e atuar na transformação da realidade social e de saúde da população, é preciso tomar a discussão do processo saúde-doença com o

intuito de superar a fragmentação entre teoria e prática, trazendo para nossa prática profissional as dimensões histórica, social e cultural da sociedade (BATISTELLA, 2003).



## PARA REFLETIR

---

- ✦ O que significa ter saúde?
- ✦ O que significa estar doente?
- ✦ O que contribui para a saúde ou o adoecimento das pessoas?



## SAIBA MAIS

---

Para conhecer um pouco mais sobre a evolução histórica do conceito de saúde e doença, recomendamos o artigo de Albuquerque e Oliveira (2002), intitulado Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança, disponível no link: [https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/635/1/Sa%c3%bade%20e%20Doen%c3%a7a.p\\_df](https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/635/1/Sa%c3%bade%20e%20Doen%c3%a7a.p_df)

---

Considerando que a maioria das doenças é resultante do somatório de fatores extrínsecos e intrínsecos sobre o sujeito afetado, os modelos conceituais de saúde se propõem explicar o surgimento e a transmissão das doenças nas populações humanas. À medida que o conhecimento científico evoluiu, foram criadas formas de explicação para tais fenômenos e, dentre elas, abordaremos algumas (CEBALLOS, 2015).

## MODELO MÁGICO-RELIGIOSO

Dominante entre os povos da Antiguidade, o pensamento mágico-religioso foi responsável por manter coesão social e por iniciar a prática médica. As doenças e agravos que não pudessem ser entendidos como resultado direto das atividades cotidianas – quedas, cortes e lesões obtidas durante as caçadas – eram explicados pela ação sobrenatural de deuses ou de demônios e espíritos malignos mobilizados por um inimigo (BATISTELLA, 2003).

Na medicina da Mesopotâmia e do Egito antigo, as doenças e agravos eram associados a castigos resultantes de pecados cometidos pelos pacientes (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002). Nas diferentes culturas, o papel da cura estava entregue a indivíduos iniciados: os

sacerdotes incas, os xamãs e pajés entre os índios brasileiros e as benzedadeiras e os curandeiros na África (BATISTELLA, 2003).

Essa visão mágico-religiosa ainda exerce muita influência nas formas de pensar a saúde e a doença na sociedade contemporânea. Observamos um forte enraizamento histórico nas mais diferentes culturas, expresso pelo uso disseminado de chás, pelo recurso às rezas, benzeduras, simpatias, oferendas e ritos de purificação, presentes nas diversas crenças e religiões (católica, evangélica, espírita, candomblecista, dentre outras). Desse modo, ao profissional de saúde cabe reconhecer e respeitar a expressão dessas crenças e práticas na sociedade, viabilizando um encontro de saberes que possa conferir maior efetividade às ações de promoção, prevenção e cuidado realizadas pelos serviços de saúde (BATISTELLA, 2003).



## PARA REFLETIR

As práticas religiosas dos pacientes devem interferir na atuação do profissional de saúde? Qual deve ser o limite dessa interferência no plano terapêutico?

## MODELO UNICAUSAL

Trata-se de um modelo simples, que apresenta a doença como uma relação estreita entre o agente causador e o indivíduo susceptível. O agente pode ser de natureza biológica, genética, química, física, psíquica ou psicossocial e o vetor pode ser necessário para fechar o ciclo de transmissão entre o agente e o susceptível (GOMES, 2015). Esse modelo se embasa na existência de apenas uma causa (agente) para um agravo ou doença, conforme expressa a

**FIG. 1:**

**Figura 1 – Modelo unicausal (cadeia de eventos)**



**Fonte:** Gomes (2015. p.23).

A explicação unicausal é muito utilizada para descrever as doenças infecciosas, pois permitiu o sucesso na prevenção de diversas delas. Entretanto, acaba por reduzi-las à ação única de

um agente específico. Assim, observamos uma divergência de opiniões entre aqueles que priorizavam a busca de uma causa verdadeira e específica para a doença e aqueles que enfatizavam a importância de estudar a predisposição do corpo e do ambiente para o surgimento da doença (BATISTELLA, 2003).

Diante da etiologia da doença, o modelo biomédico adota uma lógica unicausal, também designada como lógica linear, procurando identificar uma causa a qual, por determinação mecânica, unidirecional e progressiva, explicaria o fenômeno do adoecer, direcionando a explicação a se tornar universal (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010).

## MODELO BIOMÉDICO

Os primórdios do modelo biomédico se baseiam na orientação científica do séc. XVII. Filósofos como Galileu, Descartes, Newton, Bacon e outros conceberam a realidade do mundo como uma máquina, a partir de uma visão mecanicista e reducionista do homem e da natureza. A natureza é vista como exterior ao homem, existindo objetiva e independente dele e constituída por peças que se movem segundo leis fixas (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).

Caracterizado pela ênfase nos aspectos biológicos, individuais e pela abordagem mecanicista, esse paradigma passa a fragmentar o corpo em sistemas, órgãos, tecidos e células, estruturando um conhecimento cada vez mais especializado sobre cada função e disfunção orgânica. Nesse contexto, os esforços se concentravam na análise da doença e o conceito de saúde era negligenciado ou, na melhor das hipóteses, secundarizado, uma vez que seu entendimento esteve sempre implícito como a 'não-doença' (BATISTELLA, 2007).

No modelo biomédico clássico, a doença é definida como desajuste ou falta de mecanismos de adaptação do organismo ao meio ou ainda como a presença de perturbações causadoras de desarranjos na função de um órgão, sistema ou organismo. Nessa perspectiva, as doenças são definidas pela ação de agentes patogênicos e o agente etiológico será entendido sempre como o causador de toda doença (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010).

Esse modelo respondeu às grandes questões de saúde que se manifestavam à época, definindo a teoria do germe, a qual postulava que um organismo patogênico específico estava associado a uma doença específica, fornecendo, assim, as bases conceituais necessárias para combater as epidemias. Ainda preservando a lógica da relação causal linear, inicialmente essa teoria se referia apenas aos microrganismos, estendendo-se, mais tarde, às toxinas, ao

neoplasma, à desregulação endócrina, à deficiência nutricional etc. (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).

Enormes progressos na teoria e na investigação médica foram alcançados com tal explicação para o processo saúde-doença, reorientando a prática a partir de três critérios:

- ❖ O princípio de que todos os sistemas corporais funcionavam como um todo foi substituído pela tendência a reduzir os sistemas a pequenas partes, podendo cada uma delas ser considerada separadamente;
- ❖ O indivíduo deixou de ser o centro da atenção médica, sendo substituído pelas características universais de cada doença;
- ❖ Um forte materialismo substituiu a tendência a considerar significativos os fatores não ambientais (morais, sociais, comportamentais) (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).



## PARA REFLETIR

---

O modelo biomédico não se debruça sobre a prevenção da doença e não aceita práticas não tradicionais de cura. Ele prioriza o diagnóstico e a cura. Por disso, esse paradigma fortalece a indústria de clínicas e laboratórios e as empresas farmacêuticas (CEBALLOS, 2015).

---

Esse modo de pensar o processo saúde-doença negligencia a autonomia conceitual e as representações que as pessoas fazem sobre o seu estado de saúde. Tal paradigma reduz a importância das avaliações subjetivas sobre os sintomas, das interpretações sobre as causas e as evoluções de uma determinada doença, da implementação e da modificação de estilos de vida ou da decisão de aderir às recomendações feitas pelo médico (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).

Entretanto, estudos recentes chamam a atenção para a importância de alterar o estilo de vida da população. A modificação de alguns comportamentos, tais como deixar de fumar, cuidar da alimentação, controlar o estresse, praticar exercícios ou atividade física regularmente, dormir um número de horas adequado, verificar periodicamente a saúde tem demonstrado impactos positivos na saúde da população (OPAS, 2021).

Apesar de responder a importantes questões de saúde vivenciadas à época e de contribuir para a investigação médica, vários fatores colaboraram para o surgimento de novas concepções sobre o processo saúde-doença, quais sejam:



- ❖ Mudança na etiologia da morbidade e da mortalidade;
- ❖ Alterações demográficas, tais como envelhecimento da população, diversificação da família, mobilidade social dos indivíduos e migrações;
- ❖ Revolução tecnológica, que exige mais e melhores especialistas e aumenta os custos da assistência médica;
- ❖ Aproximação dos serviços de saúde com a comunidade;
- ❖ Aumento do poder do consumidor que, tornando-se mais exigente e com mais capacidade crítica, força os políticos a serem mais sensíveis à opinião pública (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002).

## MODELO MULTICAUSAL

A força das explicações unicasais para o processo saúde-doença começa a se enfraquecer após a Segunda Guerra. Nesse período, os países industrializados começam a vivenciar uma 'transição epidemiológica', caracterizada pela diminuição da importância das doenças infecto-parasitárias nas taxas de morbimortalidade da população, quando comparadas às doenças crônico-degenerativas.

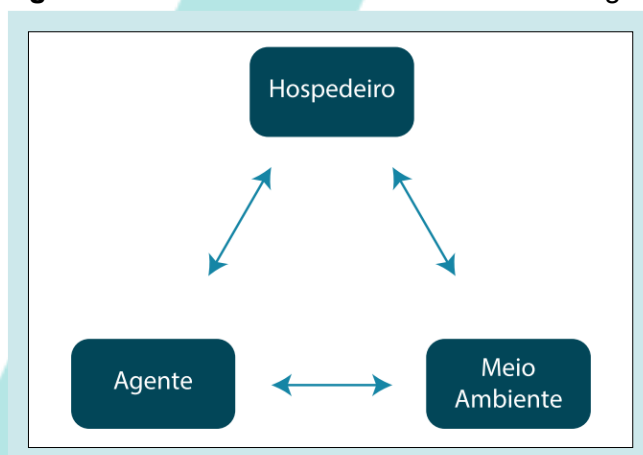
Várias abordagens foram propostas para compreender o processo saúde-doença como síntese de múltiplas determinações, dentre elas o modelo ecológico, também conhecido como modelo da história natural das doenças (BATISTELLA, 2003).

## MODELO ECOLÓGICO OU MODELO DA HISTÓRIA NATURAL DAS DOENÇAS

É um dos primeiros modelos que passou a considerar o ambiente como parte determinante do processo saúde-doença. Os dois principais modelos ecológicos são a tríade ecológica (agente, hospedeiro e meio ambiente) e a dupla ecológica (hospedeiro e meio ambiente). As grandes diferenças da dupla para a tríade ecológica são a ausência explícita do "agente" e a ampliação do conceito de ambiente e hospedeiro.

A tríade ecológica é modelo bastante conhecido e muito utilizado para representar as doenças infecciosas (GOMES, 2015), conforme aponta a **FIG.2**.

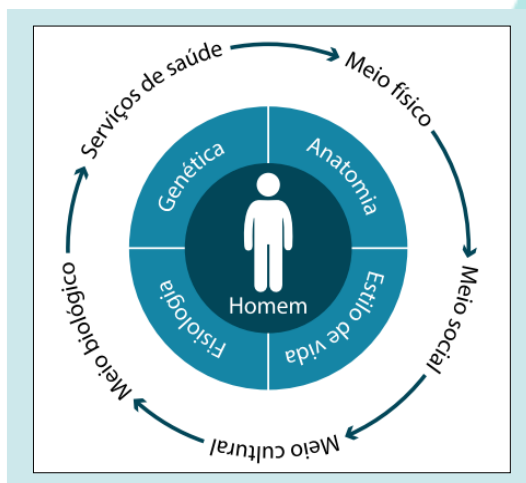
**Figura 2 - Modelo multicausal – a tríade ecológica**



**Fonte:** Gomes (2015, p. 23).

Na dupla ecológica podem ser considerados inúmeros fatores do hospedeiro (estilo de vida, herança genética, anatomia, fisiologia etc.) e do ambiente (saneamento, presença de vetores, disponibilidade de serviços de saúde, moradia etc.) como causadores da doença, dentro de um processo interativo, no qual tais fatores exercem influência entre si, como demonstra a **FIG. 3**.

**Figura 3 – Modelo multicausal - a dupla ecológica**



**Fonte:** Gomes (2015, p. 24).

O modelo da história natural da doença foi delineado por Leavell e Clack (1976).



## GLOSSÁRIO

---

História natural da doença- é definida como um conjunto de processos interativos que compreendem as inter-relações do agente etiológico, do susceptível e do meio ambiente, passando desde as variações ambientais/biológicas, que criam o estímulo patógeno, até a resposta do susceptível a este agente, e que pode levar o indivíduo à doença, à invalidez, à recuperação ou à morte (LEAVELL; CLARK, 1976 apud CRUZ, 2011).

---

Nessa lógica causal, o restabelecimento da normalidade está fundamentado na visão positiva da saúde, que é valorizada pela noção de prevenção sobre as doenças. Assim, o conhecimento epidemiológico ganha novo método para delineamento sistemático de prevenção e controle de doenças nas populações. Essa correlação se dá a partir de dois domínios possíveis de promoção da saúde: o meio externo, onde interagem determinantes e agentes em relação com o meio ambiente, e o meio interno, onde se desenvolve a doença no organismo vivo.

O primeiro contribui para o adoecimento e está caracterizado pela natureza física, biológica, sociopolítica e cultural. O segundo é o lugar individual onde se processam modificações químicas, fisiológicas e histológicas próprias da enfermidade no indivíduo doente, enfim, onde atuam fatores hereditário-congênitos, aumento/diminuição das defesas e alterações orgânicas (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010). Outra vantagem desse modelo teórico reside no fato de possibilitar a proposição de barreiras à evolução da doença, mesmo antes de sua manifestação clínica (BATISTELLA, 2003).

O processo natural da doença, assim instalado no corpo humano, evolui em dois períodos consecutivos: período pré-patogênico e período patogênico. No **período pré-patogênico**, a patologia ainda não está manifesta, os determinantes intrínsecos ao sujeito estruturam disposições ao adoecimento. Esse período se configura como a interação dos fatores, conforme o QUADRO 1 (GOMES, 2015).

**Quadro 1 – Fatores influentes no período pré-patogênico**

<b>Sociais</b>	<b>Ambientais</b>	<b>Próprios do susceptível</b>
Econômicos	Vetores	Biológicos
Políticos	Poluentes	Genéticos
Culturais	Estrutura sanitária	Imunológicos
Psicossociais	Ocupação desordenada de ambientes naturais	

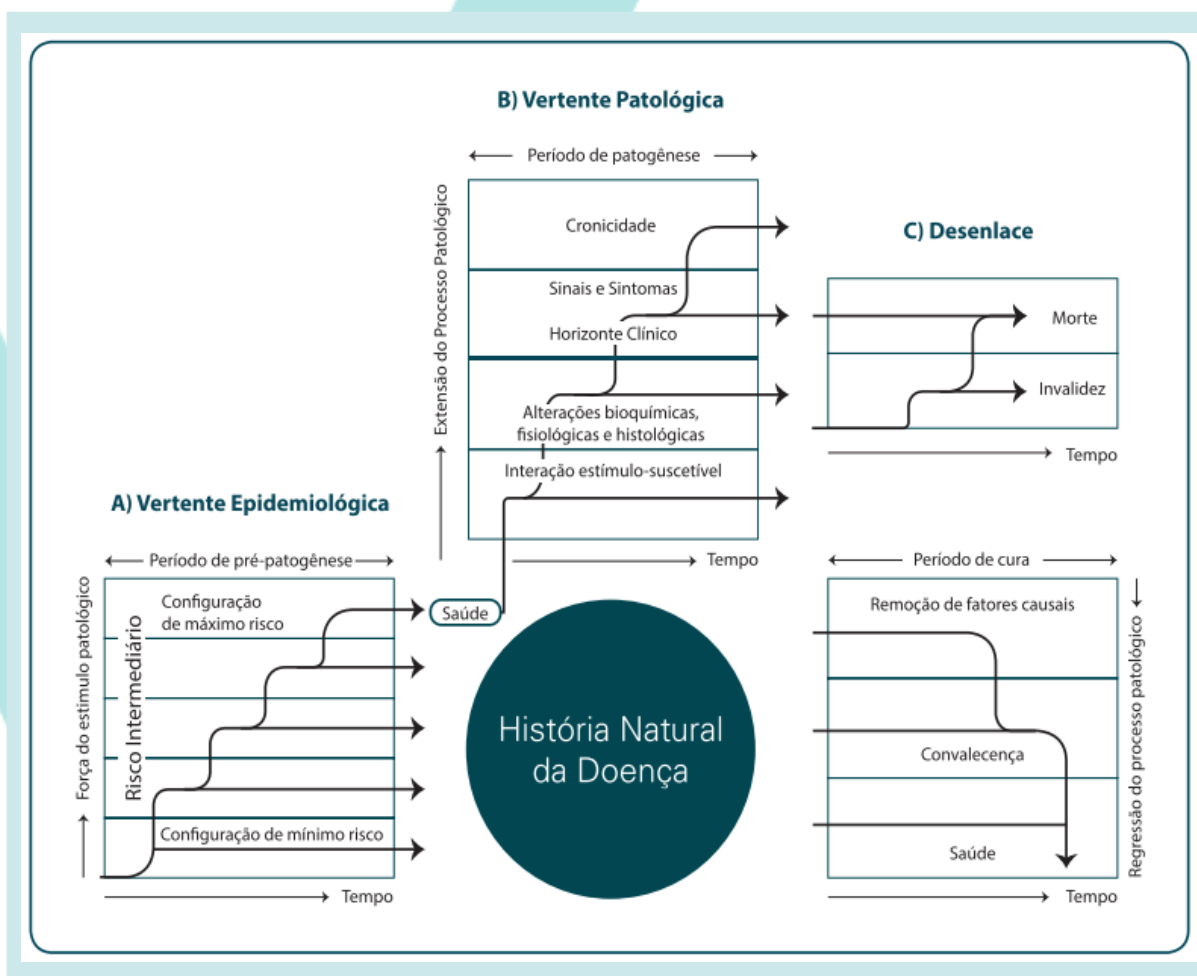
**Fonte:** Gomes (2015, p.21).

Esse período etiológico está também designado no nível de atenção primária, porque podemos atuar com ações de prevenção, promovendo a saúde (com educação, por exemplo) e protegendo especificamente a saúde (por exemplo, com vacinas) (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010).

No **período patogênico**, o processo patológico já se encontra ativo e a doença se processa naturalmente no corpo do ser humano. Nessa fase, iniciam-se as primeiras alterações no estado de normalidade, seguidas de perturbações bioquímicas em nível celular, provocando distúrbios na forma e na função de órgãos e sistemas. Esse momento pode evoluir para as seguintes possibilidades: defeito permanente (sequela), cronicidade, morte ou cura (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010).

A **FIG. 4** representa o esquema do modelo de história natural da doença:

**Figura 4 – Esquema do modelo de história natural da doença**



**Fonte:** Gomes (2015, p.21).

O modelo multicausal avançou no conhecimento dos fatores condicionantes da saúde e da doença. A crítica que se faz a ele reside no fato de tratar todos os elementos da mesma forma, ou seja, naturalizar as relações entre o ambiente, o hospedeiro e o agente, esquecendo-se de que o ser humano produz socialmente sua vida em um tempo histórico e, por isso, em certos períodos, podem ocorrer doenças diferentes, com intensidades e manifestações também diferentes (BATISTELLA, 2003).

## DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E DA DOENÇA

A construção de um novo marco explicativo que supere a concepção linear de simples causa-efeito aponta o papel da estrutura social como modeladora dos processos de produção da saúde ou da doença. Nessa lógica, a noção de 'causalidade' é substituída pela noção de 'determinação', com base na qual a hierarquia das condições ligadas à estrutura social é

considerada na explicação da saúde e da doença (BATISTELLA, 2003). Segundo Batistella (2007), os determinantes sociais da saúde incluem as condições mais gerais – socioeconômicas, culturais e ambientais – de uma sociedade e se relacionam com as condições de vida e trabalho de seus membros, como habitação, saneamento, ambiente de trabalho, serviços de saúde e educação, incluindo, também, a trama de redes sociais e comunitárias.

## MODELO DE PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Também diferente do modelo multicausal, que não apontava para nova prática médica, o modelo da produção social da saúde implica em uma profunda revisão do objeto, dos sujeitos, dos meios de trabalho e das formas de organização das práticas, visando não apenas deter o avanço das doenças, mas sim a promoção da saúde (BATISTELLA, 2003).

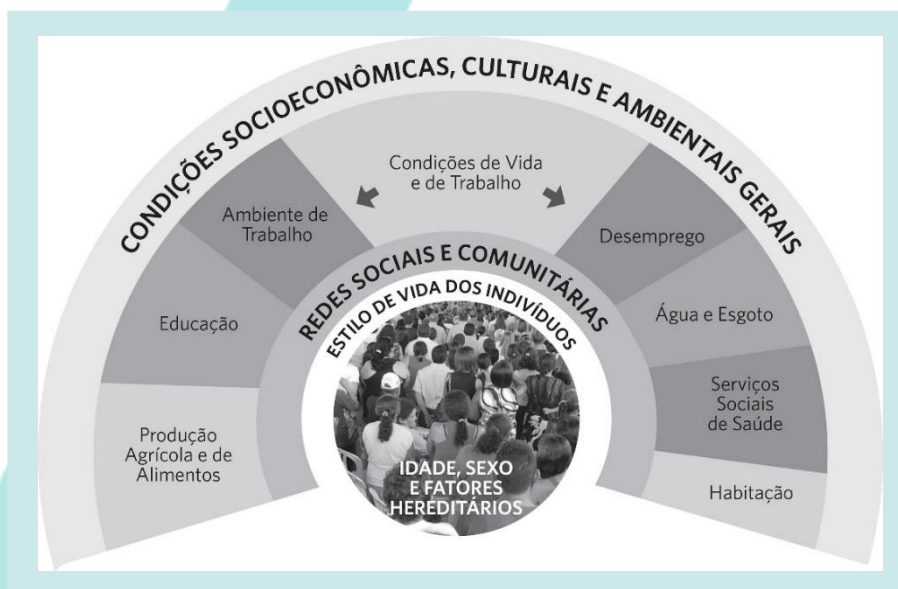
Na perspectiva da construção democrática em saúde, Puttini e colaboradores (2010) apontam um importante questionamento: se o modelo multicausal tem inspirado a promoção de saúde para o planejamento nos variados níveis de atenção, complexidade e organização do sistema de saúde, como reorganizar as ações médicas voltadas para a atenção primária à população ou, ainda mais, como utilizar única e exclusivamente o modelo multicausal para o planejamento em saúde sem se erradicar a pobreza e a exclusão social ou sem cair na ideologia da medicalização da sociedade? (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010).

Esse modelo tem como principal fundamento a busca por explicações sociais (não biológicas) para a ocorrência e a manutenção de doenças na sociedade, pois procura identificar a epidemiologia social das doenças (GOMES, 2015). Assim, considera as diferentes dimensões da vida envolvidas nesse processo, como aspectos históricos, econômicos, sociais, culturais, biológicos, ambientais e psicológicos que configuram uma determinada realidade sanitária (BATISTELLA, 2003). Esse conjunto inter-relacionado de processos sociais e de morbidade de uma classe foi denominado perfil epidemiológico (PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010).

**EXEMPLO-** Exemplos de agravos relacionados à condição social, à educação e à cultura de uma sociedade que podem ser bem explicados por esse modelo são: (i) o desajuste sociofamiliar de indivíduos que convivem com pacientes com transtorno psicossocial descompensado; (ii) a alta letalidade e as consequências físicas e psicológicas causadas pela mutilação genital feminina por alguns grupos sociais.

Dentre os vários modelos propostos para a compreensão dos determinantes sociais na saúde, podemos destacar o Modelo de Dahlgren e Whitehead, representado pela **FIG.5**.

**Figura 5** – Modelo de Dahlgren e Whitehead: influência em camadas



**Fonte:** Garbois; Sodré; Dalbello-Araújo (2017, p.66).

Outras abordagens são propostas para a integra o dos determinantes sociais nas explica es do processo saúde-doença. Almeida Filho e Andrade (2003) reivindicam o estabelecimento de uma abordagem totalizadora, que respeite a complexidade dos fen menos da vida, da saúde, da doença, do sofrimento e da morte. Se quisermos combater as iniquidades de saúde, devemos conhecer melhor as condi es de vida e de trabalho dos diversos grupos da popula o.

Precisamos, ainda, saber estabelecer as rela es dessas condi es de vida e de trabalho, por um lado, com determinantes mais gerais da sociedade e, por outro, com determinantes mais específicos, próprios dos indivíduos que compõem esses grupos (BATISTELLA, 2007).

## CONSIDERA ES FINAIS

Ao final deste módulo, percebemos que as políticas públicas se apresentam como uma resposta às necessidades apresentadas pelos grupos sociais. No campo da saúde, essas necessidades são guiadas pelo conceito de saúde vigente, influenciado pela defini o dos fatores que impactam no estado de saúde ou de doença.

Ao longo do tempo, vários modelos explicativos para tal dicotomia foram apresentados e pudemos estudar um pouco mais sobre alguns deles. Enquanto profissionais de saúde, precisamos ter consciência de quais modelos explicativos estamos utilizando em nossas práticas de cuidado e do quão efetivos eles são para representar a complexidade do processo saúde-doença dos nossos pacientes.



## LEITURA COMPLEMENTAR

---

Para conhecer mais sobre outras abordagens que integrem os determinantes sociais nas explicações do processo saúde-doença recomendamos o artigo “Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde” disponível em:

[http://dihs.ensp.fiocruz.br/documentos\\_dihsadmin/Batistella,\\_Carlos\\_Abordagens\\_Contempor%C3%A2neas\\_do\\_Conceito\\_de\\_Sa%C3%BAde.pdf](http://dihs.ensp.fiocruz.br/documentos_dihsadmin/Batistella,_Carlos_Abordagens_Contempor%C3%A2neas_do_Conceito_de_Sa%C3%BAde.pdf)

Para conhecer mais sobre os sistemas complexos que afetam o processo saúde doença recomendamos o artigo “Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização” disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/fGQr7m9LdpmHqh4fwmhCrpc/?lang=pt>

---



# **UNIDADE II**

**DETERMINANTES DO PROCESSO  
SAÚDE-DOENÇA E AS POLÍTICAS  
PÚBLICAS DE SAÚDE**



## METAS

---

No módulo anterior, estudamos o processo saúde-doença e alguns modelos utilizados para sua compreensão. Nesta unidade, retomaremos esse tema para compreendermos como tais determinantes impactam nas políticas públicas de saúde e como elas evoluíram no período entre a República Velha (1889-1930) e a criação do SUS (1990). Para entendermos melhor o tema, abordaremos um pouco do contexto histórico e os fatores que influenciaram as mudanças na assistência à saúde durante esse período em nosso país. Refletiremos sobre os modelos e práticas assistenciais adotados e o quão efetivos foram para a promoção da saúde da população. Discutiremos o momento histórico e as forças que levaram ao surgimento da Reforma Sanitária. Refletiremos sobre o papel da Reforma Sanitária e da VIII Conferência Nacional de Saúde na criação da Constituição de 1988 e do SUS. Portanto, convido você a mergulhar nessa jornada, que culminou na criação do maior sistema público do mundo capitalista (COHN, 2018).

Bons estudos!!!

---

## DETERMINANTES DO PROCESSO SAÚDE DOENÇA

Antropologia, como ciência da humanidade, é compreendida como o âmbito do saber que procura conhecer cientificamente a pessoa humana na sua totalidade. Portanto, a antropologia da saúde é dinâmica e se constitui de várias peculiaridades, porém, sempre em diálogo com o que está sendo construído no campo da saúde (SILVA *et al.*, 2018). Neste módulo, abordaremos a evolução das políticas de saúde no Brasil ao longo do tempo e o cenário que impactou na construção dessas políticas.

A antropologia da saúde no Brasil nasceu dentro e sob os influxos do denominado Movimento Sanitário. Ela nasce em um momento histórico de politização do conceito de universalização dos direitos à saúde e vem se desenvolvendo em um ambiente pluridisciplinar, juntamente com várias disciplinas que configuram o campo da saúde. Nesse contexto, Minayo (2006) afirma que, diferente de outros países, a antropologia da saúde no Brasil não vem se constituindo de forma subordinada à medicina e tem se consolidado como elemento disciplinar estratégico das análises de saúde (CAMPOS *et al.*, 2006).

Estudos empíricos de diversos antropólogos vêm evidenciando o que já sabemos por meio do senso comum: as doenças, a saúde e a morte não se reduzem a uma evidência orgânica, natural e objetiva, estando intimamente relacionados com características organizacionais e

culturais de cada sociedade. A doença, além de sua configuração biológica, é também uma realidade construída e o doente é, antes de tudo, uma personagem social (CAMPOS *et al.*, 2006).

Como vimos no Módulo I, tais fenômenos que influenciam diretamente a definição de saúde e doença são denominados determinantes sociais da saúde. Portanto, trata-se de fatores étnicos, psicossociais, econômicos, culturais e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde (ALVES; OLIVEIRA, 2018).

Os diversos aspectos relacionados ao processo de saúde-doença irão nortear o modo como a sociedade e a gestão se comportam no contexto da saúde, repercutindo também no modelo assistencial oferecido (ALVES; OLIVEIRA, 2018). A cada nova configuração de fatores influenciadores, uma nova convicção sobre saúde e doença emerge, culminando em uma ressignificação das ações e práticas desenvolvidas (SILVA *et al.*, 2018). Alguns desses determinantes se relacionam entre si de maneira bastante importante na saúde pública, como condições de vida, ambiente de trabalho, condições de habitação e higiene. Tais fatores tendem a ser deficitários em populações vulneráveis, sendo necessária a implementação de políticas que promovam mudanças de comportamento (ALVES; OLIVEIRA, 2018).

Outro ponto importante que impacta na antropologia da saúde é a chamada integração cultural. Quando concepções culturais não são trabalhadas por estratégias como a educação em saúde, podem ocorrer deficiências de comunicação e de cumprimento de tratamento. Um exemplo disso são problemas relacionados à sexualidade e outros aspectos íntimos, mais prevalentes na população feminina, em virtude do desconforto para abordar tais assuntos (ALVES; OLIVEIRA, 2018).

A religião é outro fator de bastante relevância, pois pode atuar auxiliando no processo de enfrentamento de determinadas doenças e situações mais críticas. Entretanto, diante de culturas e religiões mais restritas, a aceitação de mudanças não ocorre de uma maneira linear, o que pode prejudicar o tratamento. Outro exemplo do impacto dos determinantes sociais no processo saúde-doença é a estigmatização na saúde mental, porque um comportamento não rotineiro a sociedade leva a um processo de exclusão social que agrava o modo como o indivíduo se insere no meio.

A fim de promovermos políticas de saúde eficiente, é importante conhecer as relações entre determinantes sociais de saúde e definir como e em qual intensidade cada um desses fatores incide sobre a situação de saúde de grupos e pessoas (ALVES; OLIVEIRA, 2018).

# EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

## A PRIMEIRA REPÚBLICA (1889 - 1930)

Durante a República Velha (1889-1930), o país foi governado pelas oligarquias dos estados mais ricos, especialmente São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Esse período foi marcado pela hegemonia do café, com predominância de grupos oligárquicos regionais. Em 1888, com a abolição da escravatura e com a consequente crise da mão de obra escrava, intensificaram-se as correntes imigratórias provenientes, principalmente, da Itália, Espanha e Portugal e consolidou-se o processo de substituição da mão de obra escrava pela assalariada (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

A partir da chegada dessa nova mão de obra, as condições sanitárias no Brasil se tornaram ainda mais difíceis. Esse fato, aliado à falta de políticas sociais e de saúde pertinentes, acabou por resultar na eclosão de epidemias de febre amarela e peste bubônica, dentre outras. Tais epidemias continuavam a matar a escassa população, diminuindo o número de pessoas dispostas a vir para o Brasil (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Por isso, o governo da época foi obrigado a adotar algumas medidas para contornar a situação. No período entre 1890 e 1900, médicos higienistas receberam incentivos e cargos para controlar as epidemias, entretanto, manteve-se a política da desigualdade e uma situação caótica de saúde (BITTENCOURT; VILELA; NUNES, 2011).

## MODELO ASSISTENCIAL CAMPANHISTA

O campanhismo trazia consigo a ideia de que a mobilização dirigida para finalidades específicas poderia obter vitórias expressivas contra as doenças que fossem foco de sua atenção. A concentração de recursos, aliada aos conhecimentos técnicos e científicos, era entendida como capaz de promover, ao fim de determinado período de tempo, a erradicação ou o controle definitivo da doença a ser atacada (FIDELIS, 2010).

Nesse período, foram criados e implementados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional. À frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, ex-aluno e pesquisador do Instituto Pasteur, organizou e implementou instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Em paralelo, adotou o modelo das 'campanhas sanitárias', destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais (ACURCIO, 2005). Através da figura de Oswaldo Cruz, a questão sanitária passou a ser tomada como uma questão política. Como exemplo, pode-se verificar a lei sobre a vacinação e a revacinação contra a

varíola, no ano de 1904, processo que gerou uma série de revoltas contra o sentido militar imputado à campanha (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Tanta agitação acabou culminando em uma grande convulsão social entre os dias 10 e 16 de novembro de 1904, período em que a cidade foi sacudida por protestos populares e sublevações militares. O estopim da revolta foi a divulgação, em 9 de novembro de 1904, da legislação que regulamentava a obrigatoriedade da vacina. Esse movimento ficou conhecido como Revolta da Vacina, representado na FIG. 1 abaixo (PONTE; FALLEIROS, 2010) □

**Figura 1** – Representação da Revolta da Vacina



**Fonte:** Ponte; Falleiros (2010, p.68).

Em termos de poder, o próprio nome sugere que o modelo campanhista é de inspiração bélica, concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adota um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social (ACURCIO, 2005). Esse formato de verticalização deixou profundas raízes na cultura institucional do sistema de saúde brasileiro. Tal traço pode ser observado em outras ações conduzidas pelo **Ministério da Saúde**, que realizou inúmeros programas centralizados, com administração única e vertical, gerando pequena ou nenhuma integração com as demais ações assistenciais (MALTA; SANTOS, 2003).

O Sanitarismo Campanhista estava ligado ao modelo econômico agroexportador, fortemente assentado na exportação cafeeira. Nesse contexto, exigia do sistema de saúde política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e erradicação ou

controle das doenças que poderiam afetar a exportação (MALTA; SANTOS, 2003). No período 38/45, o **Departamento Nacional de Saúde** é reestruturado e dinamizado, articulando e centralizando as atividades sanitárias de todo o país. Em relação às ações de saúde coletiva, essa é a época do auge do sanitarismo camponês.

Diante dos desgastes ocasionados com a Revolta da Vacina, o governo revoga a obrigatoriedade e propõe outras formas de relacionamento com a sociedade, para estimular a adesão às medidas de saúde pública (BITTENCOURT; VILELA; NUNES, 2011). No campo da assistência médica individual, as classes dominantes continuaram a ser atendidas pelos profissionais legais da medicina, isto é, pelos 'médicos de família'. O restante da população buscava atendimento filantrópico através de hospitais mantidos pela igreja e recorria à medicina caseira (ACURCIO, 2005). Essa situação levou ao surgimento de movimentos sociais urbanos, os quais propiciaram a criação da **Lei Eloi Chaves (1923)**, que instituiu as **Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP)** e um novo regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública (BITTENCOURT; VILELA; NUNES, 2011).

Com a criação do **Departamento Nacional de Saúde Pública**, que visava à extensão dos serviços de saneamento urbano e rural, além da higiene industrial e materno-infantil, a saúde pública passou a ser tomada como questão social. Esse movimento sanitário difundiu a necessidade da "educação sanitária" como uma estratégia para a promoção da saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

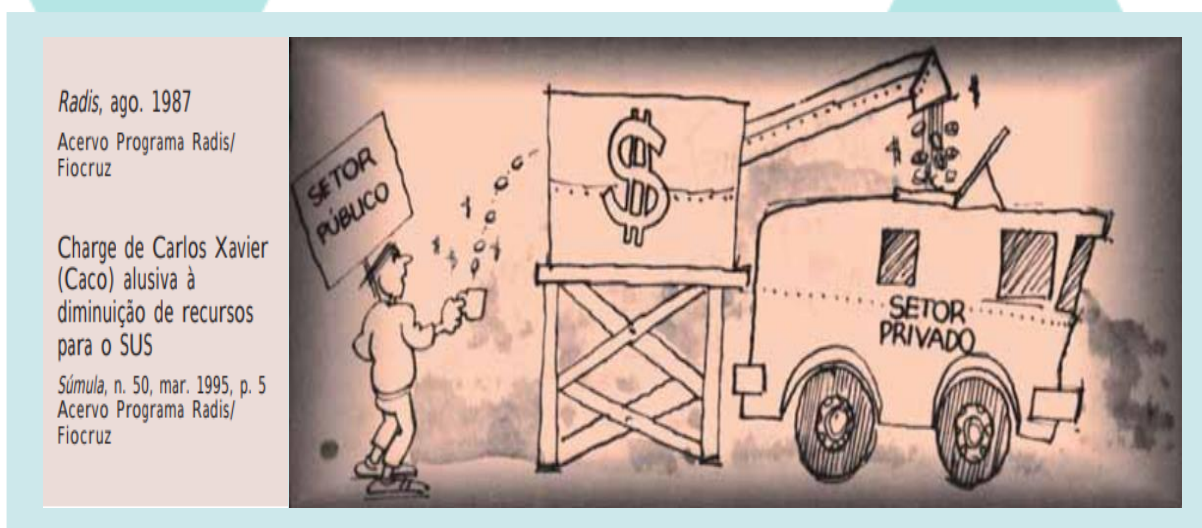
## O MODELO ASSISTENCIAL PRIVATISTA

O modelo Liberal Privatista, ou Médico Assistencial Privatista, teve início no Brasil com o surgimento da Assistência Médica Previdenciária, na década de 20, e se expandiu na década de 40. Esse modelo buscou atender à necessidade de assistência dos trabalhadores urbanos e industriais. Mudando a lógica assistencial, agora o foco não era mais sanear os espaços, mas cuidar dos corpos dos trabalhadores, a fim de manter sua capacidade produtiva (MALTA; SANTOS, 2003).

Ao se expandir (1940), esse modelo iniciou a compra de serviços privados, que serviu como um embrião para o modelo liberal privatista, o qual se acentuou após 1964 (MALTA; SANTOS, 2003). Nesse período, o Estado foi caracterizado como financiador do sistema, através da Previdência Social. O setor privado nacional se tornou o maior prestador de serviços de assistência médica e o setor privado internacional se configurou como o mais importante produtor de insumos, em especial equipamentos médicos e medicamentos (ACURCIO, 2005).

A prestação de serviços privados cresceu significativamente, devido à facilidade das condições oferecidas pelo Estado: capital fixo subsidiado pelo governo, quase sem risco empresarial e nenhuma competitividade. Paralelamente, ocorreu a expansão do Convênio-empresa que, na década de 80, passou a ocupar um espaço significativo na assistência em saúde no Brasil: a atenção médica suplementar. Estimulado pela renúncia fiscal e pela utilização do sistema público para o atendimento considerado de alta complexidade ou custo, esse setor se alicerçou no poder público. Na década de 90, a rede privada contratada constituiu 76% da oferta de leitos no país. Grande parte do financiamento para a expansão do setor privado veio do setor público, em consonância com a política de sustentação do capital a partir do Estado (MALTA; SANTOS, 2003). Abaixo podemos ver a charge de 1987 de Carlos Xavier, evidenciando o grande investimento no setor privado de saúde naquele período.

**Figura 2** – Charge alusiva à diminuição de recursos para o setor público em detrimento do setor privado



Fonte: Ponte; Falleiros (2010, p.284).

## MODELO CAMPANHISTA X MODELO PRIVATISTA

Os críticos do modelo campanhista acentuavam que o seu caráter de transitoriedade, além de produzir resultados efêmeros, retirava recursos e desviava a atenção da necessidade de se implementarem no país ações mais sistemáticas e de cunho permanente. Tal caráter de transitoriedade, além de produzir resultados efêmeros, retirava recursos e desviava a atenção

da necessidade de se implementarem no país ações mais sistemáticas e de cunho permanente (PONTE; FALLEIROS, 2010).

O modelo privatista é conhecido também por seu aspecto hospitalocêntrico, já que, a partir de 1940, a rede hospitalar passou a receber um volume crescente de investimentos. Segundo Matta e Morosini (2009), trata-se da maior expressão na história do setor saúde brasileiro da concepção médico-curativa, caracterizado por uma concepção mecanicista do processo saúde-doença, pelo reducionismo da causalidade aos fatores biológicos e pelo foco da atenção sobre a doença e o indivíduo.

Nesse sentido, os autores apontam esse paradigma como um dos responsáveis pela fragmentação e hierarquização do processo de trabalho em saúde. Com a chegada do modelo privatista, o modelo campanhista - pautado pelas intervenções na coletividade e nos espaços sociais - perde terreno e prestígio no cenário político e no orçamento público do setor saúde. Tal mudança levou à insatisfação de vários grupos da sociedade, uma vez que comprometeu a prevenção e o controle das endemias no território nacional, culminando no movimento da reforma sanitária (MOROSINI, 2007).



## LEITURA COMPLEMENTAR

---

Para conhecer mais sobre modelos de assistência à saúde, recomendamos o artigo de Malta e Santos, intitulado O programa de saúde da família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira, disponível em:

<http://rmmg.org/artigo/detalhes/1531>

---

## A ERA VARGAS (1930 – 1945)

De 1930 a 1945, a situação política é marcada pela crise do café no cenário mundial e, no Brasil, institui-se o Estado Novo. Getúlio Vargas assume o poder e esse período político é marcado por uma atuação populista e autoritária voltada para a população urbana e empregada. Delineou-se uma política nacional de saúde através da criação de estruturas como o **Ministério da Educação e Saúde** (BERTOLOZZI; GRECO, 1996), uniformizou-se a estrutura dos departamentos estaduais de saúde do país e houve um relativo avanço da



atenção à saúde para o interior, com a multiplicação dos serviços de saúde (ACURCIO, 2005). Nesse momento, observou-se que o perfil epidemiológico da época era composto, prioritariamente, por doenças infecciosas e parasitárias (BITTENCOURT; VILELA; NUNES, 2011).

Em 1942, é criado o **Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)**, com atuação voltada para as áreas não cobertas pelos serviços tradicionais (ACURCIO, 2005). No que tange aos programas de Saúde Pública, eles se voltavam para a criação de condições sanitárias mínimas que favoreciam a infraestrutura necessária para suportar o contingente migratório (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Os institutos de seguridade social - **Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs)** foram criados por Getúlio Vargas ao longo dos anos 30.

Tais institutos favoreciam as camadas de trabalhadores urbanos mais fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante. Apesar de serem organizados por categorias profissionais, diferentemente das CAPs, a administração dos IAPs era bastante dependente do governo federal. O conselho de administração, formado por representantes de empregados e empregadores, tinha uma função de assessoria e fiscalização e era dirigido por um presidente, indicado diretamente pelo Presidente da República (ACURCIO, 2005).

## O PERÍODO DE REDEMOCRATIZAÇÃO (1945 - 1964)

Grandes manifestações populares contra a ditadura acabaram resultando, em outubro de 1945, na deposição de Getúlio Vargas e, no ano seguinte, na elaboração de uma **Constituição democrática de inspiração liberal**. A partir de então e até 1964, o Brasil viveu a fase conhecida como período de redemocratização, marcado pelas eleições diretas para os principais cargos políticos, pelo pluripartidarismo e pela liberdade de atuação da imprensa, das agremiações políticas e dos sindicatos (ACURCIO, 2005).

Em 1953, foi criado o **Ministério da Saúde**, com uma estrutura de caráter extremamente frágil, cabendo-lhe a menor fração do orçamento do antigo Ministério da Educação e Saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Nesse período, o setor privado da saúde cresce vertiginosamente, através de doações e empréstimos a juros baixos pelo governo (BITTENCOURT; VILELA; NUNES, 2011).

Sob o pretexto de combater o comunismo e a corrupção e em virtude do contexto mundial de transição, a ditadura militar é imposta a partir da revolução de 64. Nesse período, observa-se um crescimento da incidência de doenças infecciosas e da taxa de mortalidade infantil. Há um aumento do orçamento para os ministérios militares, transporte, indústria e comércio e

consequente diminuição das verbas para a saúde pública (BITTENCOURT; VILELA; NUNES, 2011). O período se caracteriza, também, pelo investimento na assistência médica hospitalar em detrimento da atenção primária. Nesse momento, os IAPs, que possuíam recursos suficientes, construíram hospitais próprios (ACURCIO, 2005).

## O GOVERNO MILITAR (1964 - 1980)

Sob o pretexto de combater o avanço do comunismo e da corrupção e garantir a segurança nacional, no dia 31 de março de 1964, um golpe de Estado liderado pelos chefes das Forças Armadas colocou fim à democracia populista (ACURCIO, 2005).

O primeiro efeito do golpe militar sobre o Ministério da Saúde foi a redução das verbas destinadas à saúde pública (ACURCIO, 2005). Foi nesse contexto que emergiu o movimento sanitário no interior das universidades, desencadeado pela exclusão da participação dos trabalhadores e técnicos no processo decisório das políticas de saúde (que eram tomadas pelos governos autoritários). Assim, a Universidade passou a ser o espaço onde era possível a contestação às práticas do regime vigente (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

A primeira medida do Ministério do Trabalho, em 1964, foi a intervenção nos Institutos de Aposentadorias e Pensões, suspendendo a participação dos representantes dos empregados e empregadores no desenvolvimento dos programas de saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Contextualizado pelo discurso de racionalidade, eficácia e saneamento financeiro, ocorre, em 1966, a fusão dos IAPs, com a criação do **Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)**.

A ênfase é dada à atenção individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. A criação do INPS propiciou a implementação de uma política de saúde que levou ao desenvolvimento do complexo médico-industrial, em especial nas áreas de medicamentos e equipamentos médicos (ACURCIO, 2005).

As políticas de planejamento reforçaram a privatização dos serviços médicos, através da compra de serviços pela Previdência. Acontece uma progressiva eliminação da gestão tripartite das instituições previdenciárias, até sua extinção, em 1970. As palavras de ordem eram a produtividade, o crescimento, a desburocratização e a descentralização da execução de atividades (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Assistimos também ao desenvolvimento de um ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, focado na especialização e

a sofisticação tecnológica e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares (ACURCIO, 2005).

Em uma tentativa de contornar a situação caótica do setor saúde, surgem algumas medidas paliativas, como a implantação do **Plano de Pronta Ação (PPA)**, que desenvolvia o atendimento a todo cidadão nos casos de urgência (BITTENCOURT; VILELA; NUNES, 2011). Em 1974, foi o **Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS)** que representou importante estratégia de ação do Estado na área social, ao apoiar financeiramente o desenvolvimento de programas e projetos de interesse do setor público nas áreas de saúde e saneamento, educação, trabalho, previdência e assistência social. Entretanto, os recursos do FAS eram orientados para a lógica da lucratividade, sendo sistematicamente utilizados com a finalidade de expandir o setor privado (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Em paralelo a esse cenário, é difundida a chamada **medicina comunitária**, com apoio da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde. Essa estratégia propunha técnicas de medicina simplificada, a utilização de mão de obra local (os agentes de saúde) e a participação da comunidade (ACURCIO, 2005). O quadro epidemiológico daquele momento evidenciava a coexistência de doenças infectocontagiosas e doenças crônico-degenerativas, estando enfermidades, como doença de Chagas, esquistossomose e malária - anteriormente frequentes apenas nas zonas rurais -, agora também presentes de forma significativa nas áreas urbanas (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Em 1975, como resultado da **V Conferência Nacional de Saúde**, foi promulgada a lei que instituiu o **Sistema Nacional de Saúde** que, apesar de conter ideias inovadoras, reforçava a dualidade do setor saúde, dando ao Ministério da Saúde caráter apenas normativo e ações na área de interesse coletivo e ao Ministério da Previdência, a responsabilidade pelo atendimento individualizado (ACURCIO, 2005).

Após algum tempo de funcionamento, o INPS enfrentou grave crise financeira, culminando, em 1978, em uma nova tentativa de racionalização da previdência com a criação do **Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS)**. A criação do SINPAS pode ser compreendida no processo de crescente tendência à universalização e à adoção do modelo de Seguridade Social. Esse órgão tinha como objetivo disciplinar a concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços, o custeio de atividades e programas, a gestão administrativa, financeira e patrimonial da previdência (ACURCIO, 2005) □ Nesse contexto, foram criados:

- ❖ **Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)**, que se responsabilizaria pela prestação de assistência médica individual aos trabalhadores urbanos e rurais;
- ❖ **Instituto de Arrecadação da Previdência Social (IAPAS)**, que gerenciaria o Fundo de Previdência de Assistência Social;
- ❖ **Fundação Legião Brasileira de Assistência**, voltada para a prestação de assistência social à população carente;
- ❖ **Central de Medicamentos (CEME)**, dentre outras (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

## EVOLUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL NAS DÉCADAS DE 80 E 90

A crise brasileira se agravou após a falência do modelo econômico do regime militar, manifestada, sobretudo, pelo descontrole inflacionário, já a partir do final dos anos 70. Ao mesmo tempo, a sociedade voltava a se mobilizar, exigindo liberdade, democracia e eleição direta do Presidente da República (ACURCIO, 2005). O descontrole financeiro, evidenciado na falência do setor militar, propicia, nos anos de 80 e 90, uma nova estrutura político-administrativa (BITTENCOURT; VILELA; NUNES, 2011). Estava demarcada a diretriz de redução de custos, mas, contraditoriamente, havia forte tendência de expansão do atendimento médico para os setores ainda não cobertos (ACURCIO, 2005).

O movimento sanitário que remonta aos primeiros anos da Ditadura Militar, no início dos anos 80, apresentava-se como forte reação às políticas de saúde implantadas, além de emergir como uma alternativa concreta para a reformulação do sistema nesse campo (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Essa corrente contra-hegemônica preconizava a descentralização, articulada à regionalização e à hierarquização dos serviços de saúde e à democratização do sistema, através da extensão de cobertura a setores até então descobertos, como os trabalhadores rurais. Esse movimento criticava o modelo hospitalocêntrico e propunha a ênfase em cuidados primários e a prioridade do setor público, mas é somente na década de 80 que as propostas defendidas pelos sanitaristas passam a prevalecer no discurso oficial (ACURCIO, 2005).

Em 1980, foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com o lançamento do **Prev-Saúde** (PAIM; JAIRNILSON SILVA, 2008). Tal programa trouxe como objetivo a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, saneamento e habitação, tendo como pressuposto básico a participação comunitária, a integração dos serviços existentes (público

e privado) e a regionalização definida por área e população. Trazia como proposta a hierarquização das formas de atendimento, de modo que a atenção primária se configurasse como porta de entrada dos clientes no sistema de saúde. Entretanto, devido às suas propostas, consideradas por muitos como "progressistas", esse projeto foi severamente rejeitado (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Constituído de forma bastante autoritária, pois não contemplava a participação expressiva de trabalhadores da saúde e da comunidade, o **Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP)** foi apresentado como alternativa mediante à rejeição do programa Prev-saúde. O CONASP teve o objetivo de reorientar as proposições desse programa, para que fossem reduzidos os custos da assistência médica. Em 1982, esse conselho apresentou o **Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social (Plano do Conasp)** (PAIM; JAIRNILSON SILVA, 2008).

Esse plano foi apresentado como reforço à organização da assistência médica, trazendo como princípios a priorização das ações primárias - com ênfase na assistência ambulatorial -, a integração das instituições nos três níveis - federal, municipal e estadual -, bem como a utilização plena da capacidade de produção e a participação complementar da iniciativa privada (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Com esse plano, definiram-se a Autorização para Internação Hospitalar (AIH) e as Ações Integradas de Saúde (AIS) como instrumentos de maior acesso da população aos serviços de saúde (BITTENCOURT; VILELA; NUNES, 2011).

Na introdução do Plano, o governo assumiu a crítica ao modelo de saúde providenciária vigente e apresentou o **Plano de Ações Integradas de Saúde (AIS)** como uma estratégia governamental, que contemplava interesses municipais e estaduais, e que conferia maior racionalidade aos serviços básicos do setor público, através do estabelecimento de convênios com o Ministério da Previdência e Assistência Social (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). As AIS foram expandidas e fortalecidas em termos orçamentários e consideradas como uma estratégia-ponte para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços (PAIM; JAIRNILSON SILVA, 2008).

## **VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E A REFORMA SANITÁRIA: MARCO NAS PROPOSTAS DE MUDANÇAS NA SAÚDE E CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988**

O Ministério da Saúde e o INPS não possuíam verbas para propor alternativas de mudança na situação de saúde da população. Nesse contexto, os movimentos sociais se unem às universidades, instituições e profissionais de saúde. Assim, nasce o Movimento

Sanitarista/Reforma Sanitária com as propostas da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES), objetivando lutar pelo direito universal e equânime à saúde (BITTENCOURT; VILELA; NUNES, 2011) □ O processo de mobilização da sociedade teve continuidade nos trabalhos de elaboração da nova Constituição democrática, que culminou com a aprovação de um capítulo inédito da Constituição, o qual versava sobre a saúde e refletia, em parte, o pensamento e a luta do movimento sanitário (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Em 1986, foi instituída a **Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS)**, que teria representantes de órgãos governamentais, da sociedade civil organizada, do Congresso Nacional, dos prestadores de serviços de saúde públicos e privados e de profissionais de saúde (ALBUQUERQUE, 2015). Nesse mesmo ano, é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação de trabalhadores, governo, usuários e parte dos prestadores de serviços de saúde. Precedida de conferências municipais e estaduais, a VIII CNS significou um marco na formulação das propostas de mudança do setor saúde, consolidadas na Reforma Sanitária brasileira (ACURCIO, 2005). Na VIII CNS foi discutida a saúde de forma ampliada, tendo como propostas centrais o conceito ampliado da saúde, o reconhecimento da saúde como direito, a criação do Sistema Único de Saúde, a participação popular, a constituição e a ampliação do orçamento da saúde (BITTENCOURT; VILELA; NUNES, 2011).

Dessa forma, foram levados para a Conferência conceitos e concepções trabalhados pela Saúde Coletiva, tais como determinação social do processo saúde-doença e organização social dos serviços de saúde, promoção da saúde, consciência sanitária, políticas públicas intersetoriais e noção de sistema de saúde (PAIM; JAIRNILSON SILVA, 2008). Esse documento serviu de base para as negociações na Assembleia Nacional Constituinte, que aconteceu em 1988 e aprovou a nova Constituição Brasileira, incluindo, pela primeira vez, uma seção sobre a saúde. A seção incorporou, em grande parte, os conceitos e propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde, podendo-se dizer que, na essência, a Constituição adotou a proposta da Reforma Sanitária e do SUS (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Os principais pontos aprovados na Carta Magna de 1988 foram:

- ❖ O direito universal à saúde;
- ❖ A saúde como um dever do Estado;
- ❖ A constituição do SUS, integrando todos os serviços públicos em uma rede;
- ❖ A preservação dos princípios aprovados pela VIII Conferência;

- ❖ A participação do setor privado no SUS de forma complementar;
- ❖ A proibição da comercialização de sangue e de seus derivados (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

**Figura 3** – Ulisses Guimarães, presidente da Assembleia Nacional Constituinte, segura um exemplar da nova Constituição brasileira



Fonte: Ponte; Falleiros (2010, p. 246).



## LEITURA COMPLEMENTAR

Para facilitar seu aprendizado sobre a evolução histórica da saúde pública no Brasil, você pode consultar a linha do tempo construída pelo Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, disponível em:

<https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/timeline.html>

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

A 8ª CNS, além de construir o corpo doutrinário e proposições políticas da reforma sanitária brasileira, contribuiu para a constituição de sujeitos sociais como o **Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems)**. Em síntese, a leitura do Relatório final da 8ª CNS permite destacar os principais elementos constitutivos do projeto da Reforma Sanitária:

- ❖ Ampliação do conceito de saúde;
- ❖ Reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado;
- ❖ Criação do SUS;
- ❖ Participação popular;
- ❖ Constituição e ampliação do orçamento social (PAIM; JAIRNILSON SILVA, 2008).

Apesar dos avanços alcançados, naquele momento, algumas questões permaneceram inalteradas, como o financiamento do setor saúde, a política de medicamentos e as ações no âmbito da saúde do trabalhador. Além disso, o paradigma do modelo assistencial centrado na assistência médica individual e, portanto, na figura do médico, ainda permaneceu intocável (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

No intuito de efetivar essa proposta, as AIS's são transformadas no **Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)**, que representou um modelo de transição para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BITTENCOURT; VILELA; NUNES, 2011). O SUDS dependia do grau de compromisso dos governantes, uma vez que propunha a transferência dos serviços do INAMPS para estados e municípios e o estabelecimento de um gestor único da saúde em cada esfera de governo (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Seu principal ganho foi a incorporação dos governadores de estado no processo de disputa por recursos previdenciários. Contudo, em alguns casos, observou-se a retração de recursos estaduais para a saúde e a apropriação de recursos federais para outras ações (ACURCIO, 2005).

Criado pela Constituição de 1988 e regulamentado dois anos depois pelas Leis 8080/90 e 8142/90, o **Sistema Único de Saúde** é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada que se vincule ao Sistema (ACURCIO, 2005). No próximo módulo, discutiremos as diretrizes e normativas que estruturam o SUS.

Nos anos 1990, a concretização dos princípios do SUS gerou tensões contínuas em um momento no qual a concepção de Estado mínimo, ditada pelo neoliberalismo, propunha restringir a ação do Estado na regulação da vida social (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). O presidente Fernando Collor de Melo tomou posse em 1990 e seu governo se restringiu, no campo da saúde, à adoção explícita da política neoliberal que, dentre outras ações, refletia na queda de qualidade do sistema público.



Segundo Bertolozzi e Greco (1996), estava em cena um evidente processo para o impedimento do avanço da implementação do SUS. O governo sistematicamente adiou a convocação da IX Conferência Nacional da Saúde, bem como a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080), aprovada após importantes alterações decorrentes de vetos presidenciais (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Dos nove vetos de Collor à Lei nº 8080, os mais importantes foram:

- ❖ A instituição de conferências e os conselhos de saúde como instâncias colegiadas e representativas e a não extinção dos escritórios regionais do INAMPS;
- ❖ A transferência da verba direta para os Estados e Municípios;
- ❖ A obrigatoriedade de planos de carreiras, de cargos e salários para o SUS em cada esfera de governo;
- ❖ A fixação de pisos nacionais de salário (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Tais vetos foram negociados e parcialmente recuperados na Lei nº 8142 (PAIM; JAIRNILSON SILVA, 2008).

Em 1991, foi criada a **Comissão de Intergestores Tripartite (CIT)**, com representação do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais de saúde e das secretarias municipais de saúde, além da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB).

Tais comissões, ainda atuantes, tiveram um papel importante no acompanhamento da implantação e na operacionalização da implantação do SUS naquele momento e, em longo prazo, no fortalecimento da ideia de gestão colegiada do SUS, compartilhada entre os vários níveis de governo (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2010). Nesse mesmo ano, foi criada, também, a primeira norma operacional básica do SUS (NOB 1). Veremos mais sobre as NOBs e NOAS no próximo módulo.

A IX Conferência Nacional de Saúde foi viabilizada somente em agosto de 1992. O seu relatório final reiterou as proposições da VIII Conferência e, na realidade, tornou evidente as palavras de ordem "Cumpra-se a Lei", exigindo a operacionalização da VIII Conferência, no que toca à implementação do Sistema Único de Saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Em 1993, foi criada a NOB-SUS 93, que procurou restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio da municipalização (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2010) e, em 1996, a NOB 96. Observamos aqui o incentivo à mudança na lógica assistencial, rompendo com o produtivismo e implementando incentivos aos programas dirigidos às populações mais

carentes, como o **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)** e o **Programa de Saúde da Família (PSF)**. A atenção ambulatorial especializada e a atenção hospitalar continuam financiadas pelo Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) e pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2010).



## LEITURA COMPLEMENTAR

---

Para facilitar seu aprendizado sobre a evolução histórica da saúde pública no Brasil, você pode consultar a linha do tempo construída pelo Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, disponível em:

<https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/timeline.html>

---

## IMPORTÂNCIA DO MOVIMENTO SANITÁRIO E SUA INFLUÊNCIA PARA O MODELO ASSISTENCIAL DE SAÚDE

Os indicadores de saúde, seja do ponto de vista epidemiológico, seja do ponto de vista de cobertura e acesso a serviços, mostram que, nos últimos 32 anos, o Brasil avançou - e muito - na conquista da saúde como um direito. O SUS é tido como o maior sistema público do mundo capitalista. Apesar de algumas limitações, prima por sua eficiência se confrontado com as enormes desigualdades sociais e de distribuição de equipamentos de saúde. Essa realidade hoje vivenciada remete ao questionamento sobre os limites e potencialidades do movimento sanitário brasileiro, enquanto processo político e social que alavancou a saúde para o *status* de “direito de todos e dever do Estado”, pré-condição essencial para a implantação do SUS no país (COHN, 2018).

A Reforma nasceu dos movimentos sociais, incluindo o popular, o estudantil, o acadêmico, o sindical e o de profissionais de saúde, mas foi parcialmente incorporado pelo Estado a partir da Constituição de 1988 (PAIM; JAIRNILSON SILVA, 2008). As narrativas em torno da Reforma Sanitária brasileira localizam, como regra, a origem do movimento no contexto da segunda metade dos anos 1970, coincidindo com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e, mais tarde, com criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

**Figura 4** – Capa de revista da Cebes e panfleto de divulgação de congresso da Abrasco



**Fonte:** Ponte; Falleiros (2010, p. 240).

**Legenda:** à esquerda capa do primeiro número da Revista Saúde em debate, da CEBES (1976) e, à direita, cartaz de divulgação do I Congresso de Saúde Coletiva, promovido pela Abrasco (1986).

As concepções de saúde vinculadas à proposta da Reforma Sanitária se originaram do seu braço acadêmico, ou seja, dos departamentos de medicina preventiva e social e das escolas de saúde pública ou de seus equivalentes. Esses eram influenciados pelo marco conceitual do movimento preventivista, que trazia as ideias da Medicina Integral. Na medida em que a compreensão e crítica das propostas de Medicina Preventiva e de Medicina Comunitária eram elaboradas no Brasil e em alguns países latino-americanos, parte dessas instituições acadêmicas inspirou-se na Medicina Social, desenvolvida na Europa, em meados do século XIX.

A partir de então, a produção teórica desenvolvida pela Saúde Coletiva se centrou, originalmente, em dois conceitos: determinação social das doenças e processo de trabalho em saúde. Nessa lógica, a “velha Saúde Pública” era posta em xeque e a medicina social latino-americana passava a ser uma corrente de pensamento de contestação crítica ao pensamento de saúde pública dominante até então (PAIM; JAIRNILSON SILVA, 2008).

O movimento sanitário difundia um novo paradigma científico, por meio da introdução das disciplinas sociais na análise do processo saúde-doença. Através delas, o método histórico-

estrutural passou a ser utilizado no campo da saúde, buscando compreender processos como a "determinação social da doença" e a "organização social da prática médica" (BERTOLOZZI; GRECO, 1996). O movimento sanitário defendia uma nova cultura da saúde e de novas práticas que atendessem às necessidades sociais e epidemiológicas e oferecessem condições de pleno exercício e de realização profissional (PAIM; JAIRNILSON SILVA, 2008).

Apesar das limitações e entraves enfrentados pela Reforma Sanitária, o Brasil passava a ocupar posição de destaque no plano internacional. No âmbito externo, a 54ª Assembleia Mundial da Saúde, em 2001, situava a política de saúde brasileira à frente das adotadas pela OMS, servindo de referência para atitudes mais ousadas.

Nesse contexto, destacaram-se a defesa do medicamento como direito humano, o controle da AIDS não só através da prevenção, mas com o tratamento das pessoas contaminadas pelo HIV, a proposta de produção de medicamentos a preços reduzidos para países pobres, a luta contra o tabaco e a política de aleitamento exclusivo nos primeiros seis meses de vida das crianças (PAIM; JAIRNILSON SILVA, 2007).

O legado da Reforma Sanitária pode ser avaliado a partir de uma perspectiva histórica que considera a trajetória da saúde no país que, até então, trazia uma dimensão excludente do acesso à atenção à saúde. Outro legado é evidenciado pelos avanços que se expressam na Constituição de 1988, sobretudo com a afirmação da saúde como direito social e obrigação do Estado (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Uma herança que pode ser atribuída à reforma sanitária é a atenção para o desenvolvimento e ampliação de iniciativas concretas, de modo a fazer valer os direitos afirmados em âmbito constitucional. Dentre elas, destacam-se a implantação e a ampliação do Programa Saúde da Família, os avanços expressos pela Reforma Psiquiátrica e a instituição de uma série de programas e iniciativas considerados bem-sucedidos em diversas áreas, como vigilância sanitária e vacinação (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Nessa perspectiva, alguns autores interpretam a Reforma Sanitária como um marco na trajetória da saúde pública brasileira, atuando como um divisor de águas para a construção de um novo momento na história das políticas sociais do país (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).



## LEITURA COMPLEMENTAR

---

Para saber mais sobre as diferentes análises críticas sobre a reforma sanitária e seu papel na história da saúde pública brasileira recomendamos alguns artigos:

PAIM, J. 2017. Reforma sanitária brasileira (RSB): expressão ou reprodução da revolução passiva? Disponível em:

<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/26840/1/Paim%2c%20J.%2020202017.pdf>

PAIVA; TEIXEIRA, 2014. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?format=pdf&lang=pt>

---

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta unidade, debruçamo-nos sobre a evolução histórica das políticas públicas no Brasil, bem como no contexto e nos fatores que levaram às suas mudanças. Assim, podemos listar alguns pontos importantes observados no sistema de saúde brasileiro ao longo dos anos de 1889-1990.

### **A PRIMEIRA REPÚBLICA (1889 – 1930)**

- Adoção do Modelo assistencial campanhista;
- 1904 - Revolta da Vacina;
- 1923 - Criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs);

### **A ERA VARGAS (1930 – 1945)**

- 1934 - Criação do Ministério da Educação e Saúde;
- 1942 - Criação do Serviço Especial de Saúde (SESP);
- Criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs);

## **O PERÍODO DE REDEMOCRATIZAÇÃO (1945 - 1964)**

- 1945 - Constituição democrática de inspiração liberal;
- 1953 - Criação do Ministério da Saúde;
- Crescimento do setor privado;

## **O GOVERNO MILITAR ( 1964 - 1980)**

- Surgimento do movimento sanitário;
- 1966 - Fusão dos IAPs e criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS);
- 1974 - Implantação do Plano de Pronto Ação (PPA);
- 1974 - Criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS);
- 1975 - V Conferência Nacional de Saúde e instituição do Sistema Nacional de Saúde;
- 1978 - Criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS);

## **DÉCADAS DE 80 E 90**

- 1980 - VII Conferência Nacional de Saúde (CNS) e lançamento do Prev-Saúde;
- Criação do Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP);
- 1982 - Plano do Conasp;
- Plano de Ações Integradas de Saúde (AIS);
- 1986 - Instituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS);
- 1986 - VIII Conferência Nacional de Saúde;
- 1987 - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS);
- 1988 - Aprovação da Constituição Federal;

- 1990 – Sistema Único de Saúde;
  - 1991 - Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
  - 1994 - Programa de Saúde da Família (PSF);
-

# **UNIDADE III**

**SUS: CONCEITO, PRINCÍPIOS  
DOCTRINÁRIOS E CAMINHOS  
REGULATÓRIOS**



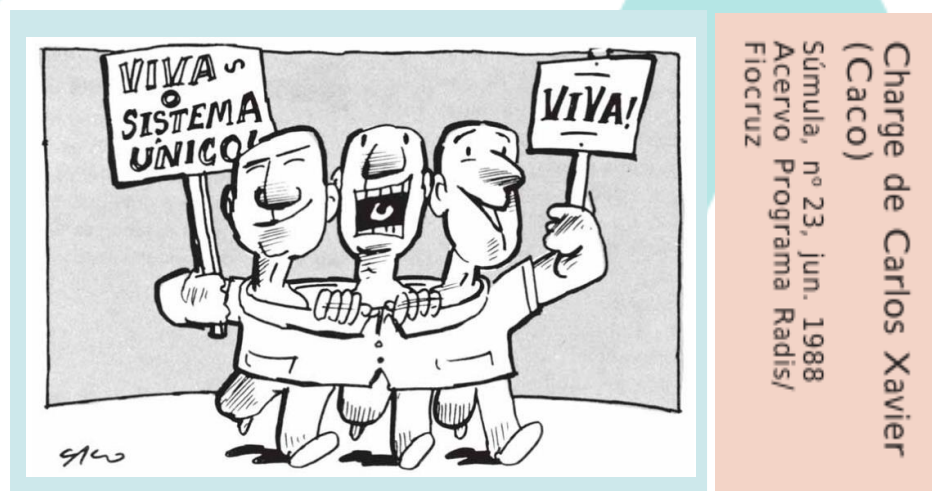


## METAS

Como vimos no módulo anterior, o SUS é um produto da Reforma Sanitária Brasileira - modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde. Nessa lógica, Matta (2007) defende que os princípios e diretrizes do SUS devem ser compreendidos a partir de uma perspectiva histórica, constituindo-se como resultado de um processo político que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão e as relações entre as esferas de governo do país, conforme discutimos no módulo I. Dando seguimento aos nossos estudos, nesta unidade conheceremos os princípios e diretrizes que norteiam o SUS e discutiremos como eles influenciam o planejamento e a estruturação do sistema. Além disso, conheceremos, também, a evolução da legislação que rege o Sistema Único de Saúde, bem como os mecanismos para sua implantação.

## SUS: CONCEITOS E PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS

Figura 1 - Charge de Carlos Xavier (Caco)



Fonte: Ponte; Falleiros (2010).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que viabiliza a execução da política de saúde no Brasil. Trata-se de um conjunto organizado e articulado de serviços e ações executados por meio das organizações públicas existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional e, ainda, nos serviços privados de saúde. Quando conveniados com essa finalidade, tais organizações (pública e privada) se integram de forma complementar, a fim de prestar os serviços aos usuários (CAMPOS *et al.*, 2006) □

Tem como objetivo principal formular e implementar a política nacional de saúde destinada a promover condições de vida saudável, a prevenir riscos, doenças e agravos à saúde da população, além de assegurar o acesso equitativo ao conjunto dos serviços assistenciais para garantir atenção integral à saúde. Nesse contexto, o SUS é um sistema complexo, que tem a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção com as de cura e reabilitação (CAMPOS *et al.*, 2006).

## LEGISLAÇÃO DO SUS

Os princípios e diretrizes do SUS constituem a base para o funcionamento e a organização do sistema de saúde em nosso país. Seu alicerce legal é formado por três documentos que expressam os elementos essenciais de sua organização:

1. A Constituição Federal de 1988;
2. A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990;
3. A Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Abordamos a criação da Constituição Federal e suas implicações no serviço de saúde no Módulo II.

A partir de sua criação pela Constituição Federal, O SUS foi regulamentado através das Leis nº **8.080/90** e nº **8.142/90**. Essas leis definem as atribuições dos diferentes níveis de governo com a saúde, estabelecem responsabilidades nas áreas de vigilância sanitária, epidemiológica e de saúde do trabalhador, regulamentam o financiamento e os espaços de participação popular, formalizam o entendimento da saúde como área de “relevância pública” e a relação do poder público com as entidades privadas, com base nas normas do direito público, além de trazerem outros vários princípios fundamentais do SUS, os quais abordaremos a seguir (CUNHA; CUNHA, 2017).

A Lei nº 8.080/90 expressa que:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990).

Em seu artigo 2º, garante que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O Estado deve cumprir seu dever de formular e executar políticas econômicas e sociais que reduzam o risco de doenças e agravos e que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesse sentido, a Lei nº 8.080/90, também conhecida como **Lei Orgânica da Saúde**, dispõe sobre a organização e o funcionamento desses serviços (CAMPOS *et al.*, 2006).

Conforme essa lei, o SUS foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo e pressupõe a articulação de subsistemas verticais (de vigilância e de assistência à saúde) e de subsistemas de base territorial - estaduais, regionais e municipais - para atender, de maneira funcional, às demandas por atenção à saúde (BRASIL, 1990). Para isso, estabeleceu que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social, com repasses financeiros a estados e municípios, baseados nos seguintes critérios:

- ❖ Perfil demográfico e epidemiológico;
- ❖ Rede de serviços instalada;
- ❖ Desempenho técnico;
- ❖ Ressarcimento de serviços prestados.

Vale ressaltar que, sobre o repasse de recursos, ocorreram mudanças substanciais com a edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs), tratadas a seguir.

A **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990, estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. A referida lei trata da instituição dos conselhos e conferências de saúde como instâncias de participação social do SUS nas três esferas de governo - federal, estadual e municipal (PONTE; FALLEIROS, 2010). Veremos mais sobre a participação popular no SUS no decorrer deste módulo.

## DIRETRIZES E PRINCIPIOS DO SUS

Os princípios e diretrizes do SUS ditam a direcionalidade das ações desse sistema, constituindo suas regras pétreas. Apresentam-se como linhas de base às proposições de

reorganização do sistema, dos serviços e das práticas de saúde (CAMPOS *et al.*, 2006). Segundo Matta (2010), a denominação *princípios* é dada para a base filosófica, cognitiva e ideológica do SUS, e a designação *diretrizes* se refere à forma, às estratégias e aos meios de organização do sistema para a sua concretização (PONTE; FALLEIROS, 2010) □ Para compreendermos melhor esses dois conceitos, é necessário diferenciar o que são os princípios e o que são as diretrizes do SUS.



## GLOSSÁRIO

---

O Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa define “princípio” como “o que serve de base a alguma coisa; causa primeira, raiz, razão; ditame moral; regra, lei, preceito” (HOUAISS, 2015, p. 2.299).

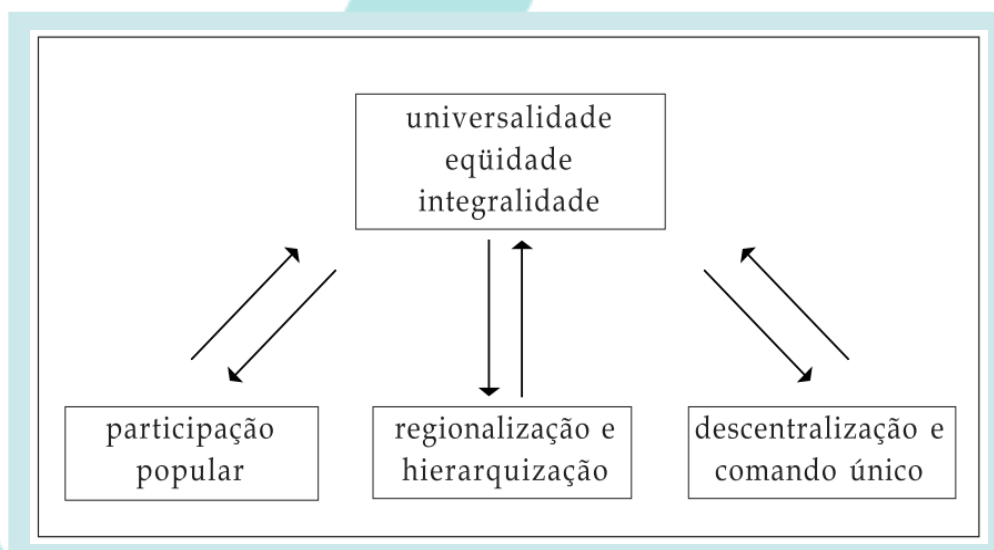
---

Considerando a definição acima, os princípios do SUS servem de base para o sistema de saúde brasileiro, mas também representam os valores, os preceitos e as bandeiras de luta que sustentam esse sistema (PONTE; FALLEIROS, 2010). Os princípios doutrinários seriam o núcleo comum de valores e concepções que servem de base para os SUS. Os princípios organizativos representam a forma de organização e de operacionalização do sistema, ou seja, a partir dos princípios doutrinários, os princípios organizativos (ou diretrizes) definiriam as estratégias, os meios para concretizar os valores fundamentais do SUS (MATTA, 2007).

Como exemplo da relação entre os princípios e as diretrizes do SUS, podemos considerar a diretriz **descentralização**. Organizar o sistema de saúde com direção única em cada esfera de governo por meio da descentralização é um caminho para se atingir os objetivos do SUS. Portanto, essa diretriz obedece aos princípios do SUS (PONTE; FALLEIROS, 2010).

Segundo Cunha e Cunha (2017, p. 300), o SUS pode, então, ser entendido, a partir da **FIG. 2** abaixo, como um núcleo comum (único) que concentra os princípios doutrinários, e uma forma de organização e operacionalização, os princípios organizativos:

**Figura 2 – Esquema de relação entre os princípios e diretrizes do SUS**



**Fonte:** Cunha, Cunha (2017 p.300).

## PRINCÍPIO DA UNIVERSALIDADE

A partir da Constituição de 1988 e das leis orgânicas, a saúde no Brasil passou a ser um direito de todo cidadão e um dever do Estado. Portanto, a saúde é um direito e não um serviço ao qual se tem acesso por meio de uma contribuição ou pagamento de qualquer espécie (MATTA, 2007). O princípio da universalidade assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema (CAMPOS *et al.*, 2006).

Nessa perspectiva, o SUS deve estar disponível para todos e não apenas para aqueles que trabalham formalmente ou que contribuem diretamente para algum tipo de seguro saúde, como era observado anteriormente (PONTE; FALLEIROS, 2010). A universalidade do SUS aponta, também, para a questão do direito à vida e à igualdade de acesso sem distinção de raça, sexo, religião ou qualquer outra forma de discriminação do cidadão brasileiro (MATTA, 2007).

## PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE

Segundo Matta (2010), a integralidade pode apresentar diversos sentidos no campo da saúde. O primeiro deles, presente no texto constitucional, pode ser entendido como uma crítica à separação existente entre ações preventivas e curativas. A Constituição de 1988 afirma que

o atendimento integral deve priorizar as ações preventivas, sem prejuízo das ações de assistência. Um segundo sentido para a integralidade no contexto do SUS pode remeter a uma crítica da atenção à saúde como algo exclusivamente biológico, incorporando o conceito ampliado de saúde que compreende as diversas dimensões as quais determinam a produção da saúde e da doença e que envolvem o sujeito, seu corpo e suas relações com a sociedade e o meio ambiente (PONTE; FALLEIROS, 2010).

Matta (2010) ainda apresenta um terceiro sentido atribuído à integralidade: o de que as políticas de saúde devem ser formuladas tendo em vista tanto a atenção às necessidades de grupos específicos quanto a relação com outras políticas de saúde. A atenção dispensada a esses grupos não pode prescindir da articulação de ações de prevenção e assistência, bem como da articulação com as demais políticas no âmbito da saúde.

Finalmente, um quarto sentido de integralidade enfoca a formação de trabalhadores e o processo de trabalho em saúde. Propõe-se que a formação desses profissionais seja concebida a partir de uma organização integradora dos conhecimentos e das práticas de trabalho como eixo norteador do processo educativo (PONTE; FALLEIROS, 2010). Esse princípio orientou a expansão e a qualificação das ações e serviços de saúde do SUS, que ofertam desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter intersetorial (CAMPOS *et al.*, 2006).

## PRINCÍPIO DA EQUIDADE

O princípio da equidade é fruto de um dos maiores problemas históricos da nação: as injustiças sociais e econômicas, que levam a desigualdades no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde. Por conseguinte, esse princípio não pressupõe a noção de igualdade, mas sim de tratar desigualmente o desigual, atentando para as necessidades coletivas e individuais e procurando investir onde a iniquidade é maior (PONTE; FALLEIROS, 2010).

O princípio da equidade justifica a prioridade na oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços (MATTA, 2007). Isso implicaria reconhecer a pluralidade e diversidade da condição humana em suas necessidades e em suas potencialidades. A principal questão relativa à equidade está em definir critérios para eleger princípios de distribuição, classificar pessoas ou populações e estabelecer estratégias de distinção (PONTE; FALLEIROS, 2010).

## DIRETRIZES DO SUS

**As diretrizes organizativas** do sistema visam imprimir racionalidade ao seu funcionamento (CAMPOS *et al.*, 2006).

### ATENÇÃO

A partir da análise da legislação do SUS e dos textos que tematizam sua organização, identificamos três diretrizes que devem se articular com os princípios do SUS:

- Descentralização;
- Regionalização e hierarquização;
- Participação da comunidade (MATTA, 2007).

## DESCENTRALIZAÇÃO

A diretriz da descentralização no SUS corresponde à distribuição de poder político, de responsabilidades e de recursos da esfera federal para a estadual e a municipal. Em cada esfera de governo há uma direção do SUS: na União, o Ministério da Saúde, nos estados e Distrito Federal, as secretarias estaduais de saúde ou órgãos equivalentes e, nos municípios, as secretarias municipais de saúde. A legislação do SUS e suas Normas Operacionais definem as atribuições comuns de cada ente federativo, bem como o papel e as responsabilidades de cada esfera do governo na organização e na operacionalização do SUS (PONTE; FALLEIROS, 2010).

A descentralização com ênfase na municipalização da gestão dos serviços e ações de saúde se constituiu na mudança mais significativa no aspecto político-administrativo da reforma do sistema de saúde no Brasil. As definições normativas apontaram com nitidez que a base do sistema de saúde seria a municipal, ao atribuir ao município a responsabilidade pela prestação direta da maioria dos serviços (CAMPOS *et al.*, 2006) Veremos mais sobre o processo de descentralização do SUS a seguir.

## REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO

Essa diretriz aponta para uma organização do sistema voltada para a noção de território, em que se determinam perfis populacionais, indicadores epidemiológicos, condições de vida e suporte social, os quais devem nortear as ações e serviços de saúde de uma região (PONTE; FALLEIROS, 2010).

O processo de regionalização da saúde busca distribuir, de forma mais racionalizada e equânime, os recursos assistenciais no território, com base na distribuição da população, promovendo a integração das ações e das redes assistenciais, de forma que garanta acesso oportuno, continuidade do cuidado e economia de escala. A hierarquização propõe ordenar o sistema de saúde por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços (CAMPOS *et al.*, 2006). Nessa lógica, quanto mais perto o sistema estiver, maior será sua capacidade de identificar as necessidades da população e melhor será a forma de gestão do acesso aos serviços de saúde. A regionalização deve ser norteadada pela hierarquização dos níveis de complexidade requeridos pelas necessidades de saúde das pessoas (PONTE; FALLEIROS, 2010).

## PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE

A participação da comunidade, assegurada pela Constituição Federal, é regulada pela Lei nº 8.142/90, configurando-se como dispositivo permanente de formulação e acompanhamento das políticas no interior do sistema de saúde (MATTA, 2007). Essa diretriz do SUS é executada mediante a participação dos segmentos sociais organizados nas Conferências e nos Conselhos de Saúde nas três esferas de governo e através da participação em colegiados de gestão nos serviços de saúde (CAMPOS *et al.*, 2006).



### PARA SABER

---

Para saber mais sobre os princípios e diretrizes do SUS, indicamos o livro Políticas de Saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde, de Gustavo Matta, disponível em

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/26570/2/Livro%20EPSJV%20007739.pdf>.

---



## REGULAMENTAÇÃO DA LEI Nº 8.080/1990 – DECRETO 7.508/2011

O **Decreto 7.508/2011** regulamenta a Lei nº 8.080/90, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Entre as perspectivas de inovação apontadas destaca-se o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), que é o principal produto gerado com a implantação dos dispositivos previstos no Decreto. Esse contrato tem como principal objetivo organizar os fluxos e a oferta de serviços de saúde em uma região. Além disso, ele traz uma série de avanços voltados para a gestão por resultados: monitoramento intensivo, foco em resultados concretos, utilização de mecanismos de incentivo, dentre outros (TAVARES JÚNIOR *et al.*, 2013).

Esse decreto recoloca, ainda, a necessidade de aprimorar o planejamento regional para a garantia da integralidade da atenção, além de estabelecer alguns dispositivos e instrumentos para promover a regionalização do SUS (MAGALHÃES; JACKSON; SAMPAIO, 2015). Para isso, ele estabelece a organização do SUS em Regiões de Saúde, sendo elas instituídas pelo Estado em articulação com os seus municípios.



### GLOSSÁRIO

**Região de Saúde** espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A organização dos serviços de saúde em regiões tem como objetivos:

- ❖ Garantir o acesso resolutivo e de qualidade à rede, constituída por ações e serviços de atenção primária, vigilância à saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência e atenção ambulatorial especializada e hospitalar;
- ❖ Efetivar o processo de descentralização, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os entes federados;
- ❖ Reduzir as desigualdades loco-regionais, por meio da conjugação interfederativa de recursos (BRASIL, 2015).

Mediante o decreto 7.508/11, através das Comissões intergestoras, torna-se responsabilidade dos entes federativos quanto às ações e serviços de saúde:

- ❖ Garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso;
- ❖ Orientar e ordenar os fluxos;
- ❖ Monitorar o acesso;
- ❖ Ofertar regionalmente (BRASIL, 2015).

O Decreto 7.508 traz outro conceito importante para a implementação do sistema de saúde: a rede de atenção à saúde.



## GLOSSÁRIO

---

Rede de atenção à saúde: “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2015).

---

A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário nos níveis regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2015).

Outro ponto importante abordado pelo decreto é a criação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). A primeira compreende todas as ações e serviços que o SUS oferece ao usuário para atendimento da integralidade da assistência à saúde. Cabe às Comissões Intergestores a pactuação da relação de ações e serviços constantes da RENASES. A segunda compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2022).

O decreto traz mais um conceito importante nas práticas em saúde:



## GLOSSÁRIO

---

Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica:

Documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS (BRASIL, 2011).

---

Outro aspecto importante abordado pelo decreto é a humanização do atendimento do usuário, que se torna fator determinante para o estabelecimento das metas de saúde previstas no COAP (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, [s.d.]



## LEITURA COMPLEMENTAR

---

Para saber mais sobre a Lei nº 8.080/1990, a Lei nº 8142/1990 e o Decreto 7.508/2011, acesse os links:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)

---

## CONTROLE SOCIAL E FINANCIAMENTO - LEI ORGÂNICA nº 8.142/90

O financiamento do SUS está previsto na Constituição, que prediz as fontes de pagamento, os percentuais a serem gastos em saúde, a forma de divisão e o repasse dos recursos entre as esferas de governo. A regulamentação do financiamento foi realizada a partir das Leis Orgânicas da Saúde instituídas pela Constituição: Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142, de 1990. A primeira define que os planos municipais de saúde são os instrumentos centrais de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde. A segunda trata dos condicionantes para recebimento de recursos federais e da participação da comunidade na gestão do SUS (CNM, 2018).

Com o objetivo de democratizar a gestão da saúde, a Lei nº 8.142/90 orienta a formação dos Conselhos de Saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Esses conselhos são compostos, em 50%, por trabalhadores e gestores de saúde (divididos igualmente) e o restante reúne usuários do sistema. Ela institui, também, as conferências nacionais de saúde como espaços estratégicos de participação social (BRASIL, 2009).



## GLOSSÁRIO

---

**Conselho de Saúde:** Órgão colegiado composto por representantes do governo, profissionais prestadores de serviço da saúde e usuários — atua na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, e tem suas decisões homologadas pelo chefe do Poder Executivo (SALIBA *et al.*, 2009).

---

A criação do SUS delegou aos municípios uma série de atribuições, anteriormente a cargo da União e dos estados, que perpassa pela autonomia na elaboração da política municipal. O Conselho Municipal de Saúde se apresenta como o espaço de prática da participação social no processo decisório das políticas públicas de saúde e do exercício do controle social (SALIBA *et al.*, 2009) □ Independente da convocação nacional, os municípios podem e devem realizar suas conferências, visando avaliar a saúde e propor diretrizes para a organização do sistema e das práticas de saúde de sua população. Tais discussões subsidiarão a construção do Plano Municipal de saúde (BRASIL, 2009). As diretrizes para criação, reformulação e funcionamento dos conselhos de saúde foram definidos pela Resolução nº 333/03, na qual consta que esses devem “atuar na formulação e proposição de estratégia no controle da execução das políticas de saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros” (SALIBA *et al.*, 2009).

Além dos Conselhos e Conferências, foram instituídos espaços de negociação e definição de pactos acerca dos assuntos da gestão da saúde. São espaços para o exercício de gestão compartilhada e participativa, nos quais os gestores definem, de forma mais corresponsabilizada, os encargos sanitários. Trata-se da Comissão intergestores tripartite (Cit), no âmbito nacional, e das Comissões intergestores Bipartites (CiB), com representações dos municípios e do estado (BRASIL, 2009). Veremos mais sobre o financiamento ao tratarmos das Normas Operacionais Básicas e da Norma Operacional de Assistência à Saúde.

## O CAMINHO PARA DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DO SUS - NOB'S E NOAS

O período de 1991 a 1994 é marcado por uma política neoliberal-privatizante, com limitações dos gastos público e privatização de empresas estatais. Nesse período, o governo começa a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB), que são instrumentos normativos os quais, modificando alguns artigos da Lei nº 8.080/90, têm, dentre outros, o objetivo de regular:

- ❖ A transferência de recursos financeiros da união para estados e municípios;
- ❖ O planejamento das ações de saúde;
- ❖ Os mecanismos de controle social (JOVENTINO MELO, 2018).

Regulamenta-se o SUS no final de 1990, mas o processo de descentralização da saúde se inicia, de forma mais concreta, a partir de 1991, com a edição da Resolução nº 273 do INAMPS, a Norma Operacional Básica 1/91. Em seguida, foram editadas a NOB 1/92, da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/MS e emitidas, pelo próprio Ministério da Saúde, as NOB 1/93 e NOB 1/96 (SCATENA; TANAKA, 2001).

No âmbito da saúde, a descentralização visa à constituição de Sistemas Locais de Saúde, que respondam adequadamente às demandas e necessidades da população. Entretanto, esses sistemas devem ser elementos dinâmicos, não se organizando de forma isolada e autônoma (SCATENA; TANAKA, 2001).

### NOB 01/91

A NOB 01/91 teve seu papel histórico no processo de construção do SUS e se destacou como o primeiro instrumento a regulamentar os inúmeros "espaços abertos" deixados pelas Leis Orgânicas da Saúde (SCATENA; TANAKA, 2001).

Sob o argumento da inviabilidade de regulamentar o repasse financeiro, conforme previsto na Lei nº 8.080/90, foi criada a primeira Norma Operacional Básica, a 01/91, que redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS. Esse documento institui um sistema de pagamento por produção de serviços (semelhante ao setor privado) (JOVENTINO MELO, 2018). A NOB 01/91 também propõe recursos para investimento na rede, através das Unidades de Capacitação da Rede (URC), em uma tentativa de diminuir as

desigualdades regionais que as rubricas anteriores reproduzem. São propostos, ainda, estímulos à municipalização do SUS e às ações de saúde coletiva, através do Fator de Estímulo à Municipalização (FEM), transferido mensalmente àqueles municípios que atenderam aos sete requisitos básicos previstos na Lei nº 8.142/90 (SCATENA; TANAKA, 2001).

### **NOB 01/92**

Em 1992, foi editada a NOB 01/92, com algumas reformulações institucionais, em particular a ampliação dos poderes das Secretarias Municipais de Saúde e, em função disso, a revisão dos papéis das Secretarias Estaduais e do Ministério da Saúde (CAMPOS; MALIK; BUENO, 2005).

### **NOB 01/93**

A NOB 01/93 procurou sistematizar o processo de descentralização da gestão do sistema e dos serviços por meio da proposta de um processo de transição, estabelecendo diferentes níveis de responsabilidades entre estados, municípios e União. Foram definidas, para os municípios, três condições de gestão - Incipiente, Parcial e Semi-Plena, em função de sua capacidade administrativa. Para os estados foram estabelecidas duas condições de gestão, Parcial e Semi-Plena. (CAMPOS; MALIK; BUENO, 2005) Foram definidas formas diferentes de repasses de recursos conforme o tipo de gestão implantado (JOVENTINO MELO, 2018).

Para coordenar, gerenciar e controlar esse processo foram criadas as Comissões Intergestoras Bipartite - (nos estados) e a Comissão Intergestora Tripartite - CIT (na instância federal), como foros permanentes de negociação e deliberação entre os diversos níveis de governo. A CIT conta com representação paritária do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (CAMPOS; MALIK; BUENO, 2005).

Os mecanismos e estratégias que organizam e regulam a descentralização como diretriz do SUS estabelecem instâncias de representação, monitoramento e pactuação política e administrativa envolvendo as três esferas de governo. Essas instâncias são: CONASEMS, CONASS, CIB - que estabelece pactos entre os municípios com a coordenação da gestão

estadual, CIT, que estabelece pactos entre representantes do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS (PONTE; FALLEIROS, 2010).

## NOB 01/96

A quarta Norma Operacional Básica do SUS, NOB 01/96, foi implantada em 1998. Ela complementou a anterior e redefiniu critérios de habilitação. O município continuou a ser o principal operador da rede de serviços e o número de modalidades de gestão para os municípios passou de três para dois: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal (CAMPOS; MALIK; BUENO, 2005). Nessa NOB foi incluído o dispositivo que possibilitou o estabelecimento de pactos de gestão entre estados e municípios (SOUZA, 2001).

Em 1998, o Ministério da Saúde lançou o Manual para a Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Para financiar os procedimentos e ações da Atenção Básica, a NOB 01/96 propôs uma importante mudança na forma de financiamento do sistema, com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), cuja vigência, associada a repasses financeiros, iniciou-se em fevereiro de 1998.



## GLOSSÁRIO

---

**Piso da Atenção Básica (PAB):** O PAB é uma forma de transferência de recursos, regular e automática, em que a verba federal é repassada diretamente aos municípios, por meio de um mecanismo chamado de "fundo a fundo", ou seja, do Fundo Nacional de Saúde aos fundos dos outros níveis do sistema (CAMPOS; MALIK; BUENO, 2005).

O PAB tinha dois componentes: PAB fixo e PAB variável. O PAB fixo é definido pela multiplicação de um valor per capita pela população de cada município. Sua forma de repasse é direta ao município, via fundo municipal de saúde. A NOB 01/96 inovou no que se refere às funções a serem desempenhadas pelos municípios e ampliou as atribuições dos estados, cuja principal função passou a ser o favorecimento do processo de municipalização (CAMPOS; MALIK; BUENO, 2005).



## LEITURA COMPLEMENTAR

---

Para saber mais sobre a o Pacto pela Saúde, acesse o documento, na íntegra, através dos links:

Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão:

<https://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/01.pdf>

Regulamento dos pactos pela vida e de gestão:

<https://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/02.pdf>



## RESUMO DA UNIDADE

---

Nesta unidade, pudemos conhecer um pouco mais sobre o SUS e os princípios, diretrizes e normativas que o constituem. Discutimos sobre as leis orgânicas da saúde: Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90. Juntamente com a Constituição Federal de 1988, essas leis nos apresentam os princípios doutrinários do SUS – que servem como base para seu funcionamento e os princípios organizativos (diretrizes) – os quais normatizam a operacionalização e a organização do sistema. Nesse processo, vimos que o decreto 7.508/2011 vem regulamentar a Lei nº 8.080/90, trazendo avanços na organização do serviço por regiões de saúde e organizando os fluxos e ofertas de serviços nas regiões.

O Controle social e financeiro se dá através da participação popular e das pactuações entre as diversas instâncias do serviço. Para isso, foram instituídos os conselhos e conferências de saúde, através dos conselhos municipais de saúde, assim como foram pactuados espaços de gestão compartilhada e participativa: a CIT e a CIB.

O processo de descentralização e regionalização do SUS se deu, primeiramente, por meio da transferência, para os municípios, da gestão do sistema ambulatorial e da responsabilidade pela atenção básica à saúde da população, por intermédio das NOBs. Com as NOAS, a descentralização se deu a partir da regionalização do nível secundário da assistência. Para viabilizar novos avanços na descentralização e organização do serviço, o Pacto pela Saúde surge como novo instrumento, com foco na equidade, que busca a transposição de entraves políticos e operacionais inerentes a cada nível de gestão. Esse pacto permitiu a criação de metas de saúde que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população e buscou, ainda, qualificar e assegurar o SUS como política pública, tendo o princípio da regionalização como eixo estruturante.



# **UNIDADE IV**

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO  
BÁSICA**



## METAS

---

Nesta unidade aprenderemos um pouco mais sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. Entenderemos como o SUS se organiza, enquanto rede de serviços hierarquizada, através dos três níveis de atenção - básica, média complexidade e alta complexidade - e discutiremos os tipos de tecnologias usadas no cuidado em saúde, bem como o papel de cada uma delas na promoção de uma atenção integral e eficiente.

Retomando a evolução do sistema de saúde do Brasil, entenderemos um pouco mais sobre a Política Nacional de Atenção Básica e seu modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS: a Estratégia Saúde da Família (ESF). Discutiremos as diretrizes da ESF e a importância do trabalho multiprofissional para a efetividade do cuidado em saúde.

---

## NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

A forma de organização do sistema de saúde pode ser entendida como modelo de atenção. Nos módulos anteriores vimos alguns exemplos de modelos de atenção, como o modelo campanhista e o privatista. Vamos relembrar o conceito de modelos de atenção?



## GLOSSÁRIO

---

### MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

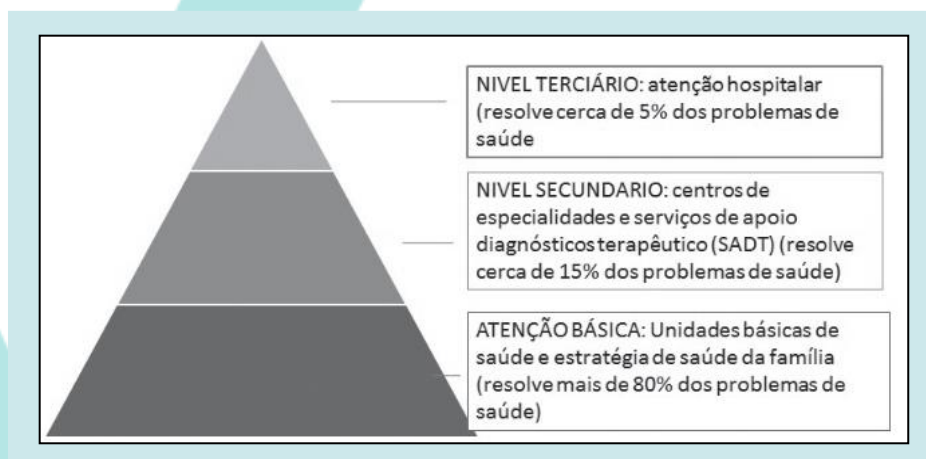
Sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES *apud* GONÇALVES, 2014).

---

A forma de organização do processo de prestação de serviços (atenção à demanda espontânea, oferta organizada/ações programáticas, vigilância da saúde etc.) possui relação direta com o modelo de atenção à saúde. Gonçalves (2014) relaciona esses dois conceitos. Segundo ele, os modelos de atenção refletem combinações tecnológicas dispostas nos meios de trabalho. São a lógica que orienta e organiza os meios de trabalho (saberes e instrumentos)

utilizados nas práticas de saúde. Como vimos ao estudar os princípios e diretrizes do SUS, a lógica da organização desse sistema pressupõe a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, com a finalidade de se conhecer os problemas de saúde de cada população (GONÇALVES, 2014)□.

**Figura1** – Modelo de pirâmide, hierarquização e regionalização do SUS



**Fonte:** Gonçalves (2014, p. 52).

Apesar de o modelo hierarquizado ser o mais difundido e o cuidado à saúde no SUS estar organizado em atenção básica, atenção de média complexidade e de alta complexidade, não existe relevância entre os níveis de atenção (GONÇALVES, 2014). Ouverney e Noronha (2013) argumentam que o envelhecimento e a predominância de condições crônicas fazem com que, em determinado momento do tempo, para uma determinada população, todos os chamados níveis de assistência sejam acionados e nenhum deles poderia ser chamado de “resolutivo” no sentido clássico associado à ideia de cura.

## ATENÇÃO BÁSICA

Para atender às necessidades dos municípios de garantir a integralidade do atendimento à sua população, nem sempre é necessário que haja, em todos os territórios, todos os níveis de atenção à saúde. Esse é o caso dos pequenos municípios, os quais, para suprir essa necessidade, podem fazer pactos entre municípios. A prioridade para todos os municípios é ter a atenção básica operando em condição plena e com eficácia (GONÇALVES, 2014).



## GLOSSÁRIO

**Atenção básica:** Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012)

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “atenção primária à saúde” como termos equivalentes. Esse nível de atenção utiliza complexas e variadas tecnologias de cuidado que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012). É a porta de entrada do sistema. Sua organização, desenvolvimento e aplicação nem sempre são de simples compreensão, exigindo profundo conhecimento da realidade da população atendida (GONÇALVES, 2014) □

Segundo Magalhães, Jackson e Sampaio (2015), a atenção básica deve ser entendida como ponto estratégico de intervenção ao se discutir as mudanças dos modelos de atendimento, ressaltando que esse nível de atenção é um lugar de redefinição das práticas, visando a uma mudança de direção de um sistema “hospitalocêntrico” para um “redebasicocêntrico” (MAGALHÃES; JACKSON; SAMPAIO, 2015). Cabe a esse nível de atenção o encaminhamento dos usuários para os atendimentos de média e alta complexidade. Abaixo, podemos observar os atributos da atenção primária à saúde, segundo Gonçalves (2014).

**Quadro 1 – Atributos da atenção**

<b>Atributos da atenção primária à saúde</b>	<b>Definição</b>
<b>Primeiro contato</b>	<b>Serviços procurados regularmente cada vez que o paciente necessita de atenção em caso de adoecimento ou para acompanhamento rotineiro de sua saúde.</b>
<b>Longitudinalidade</b>	<b>Exige uma relação clínico-paciente ao longo da vida, independentemente da ausência ou da presença de doença.</b>

<b>Abrangência ou integralidade</b>	<b>Reconhecimento de amplo espectro de necessidades, considerando-se os âmbitos orgânicos, psíquicos e sociais da saúde, dentro dos limites de atuação pessoal de saúde.</b>
<b>Coordenação</b>	<b>Coordenação das diversas ações e dos serviços essenciais para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.</b>
<b>Orientação para a comunidade</b>	<b>Conhecimento das necessidades de saúde da população atendida em razão do contexto econômico e social, dos problemas de saúde e dos recursos disponíveis na comunidade. Participação da comunidade nas decisões sobre sua saúde.</b>
<b>Centralidade na família</b>	<b>Consideração do contexto e da dinâmica familiar, para bem avaliar como responder às necessidades de cada membro. Conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde.</b>

Fonte: Gonçalves (2014, p. 55).

## MÉDIA COMPLEXIDADE



### GLOSSÁRIO

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2011).

Com relação ao seu papel e poder organizativo, a média complexidade, no âmbito do SUS, é definida pelas ações que transcendem aquelas da atenção básica e as que ainda não se configuram como alta complexidade. Vem sendo compreendida como serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de atenção especializada de menor complexidade tecnológica (GONÇALVES, 2014).

## ALTA COMPLEXIDADE



### GLOSSÁRIO

---

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade) (BRASIL, 2011).

---

O nível de atenção de alta complexidade é representado pelos procedimentos que, no contexto do SUS, abrangem alta tecnologia e alto custo. São, em sua maioria, relacionados com procedimentos hospitalares. Entretanto, alguns procedimentos ambulatoriais são responsáveis por grande consumo de recursos financeiros, apesar do menor número de incidências, sendo, portanto, incluídos na alta complexidade. Como exemplo podemos citar os procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia e hemoterapia (GONÇALVES, 2014).

Segundo Mendes (2011), a fim de se viabilizar a integralidade da atenção, torna-se indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional. Ele sugere, então, a implementação de um “sistema sem muros”, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção – do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado – ligados por corredores virtuais que ultrapassem, de fato, as fronteiras municipais com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados.



### LEITURA COMPLEMENTAR

---

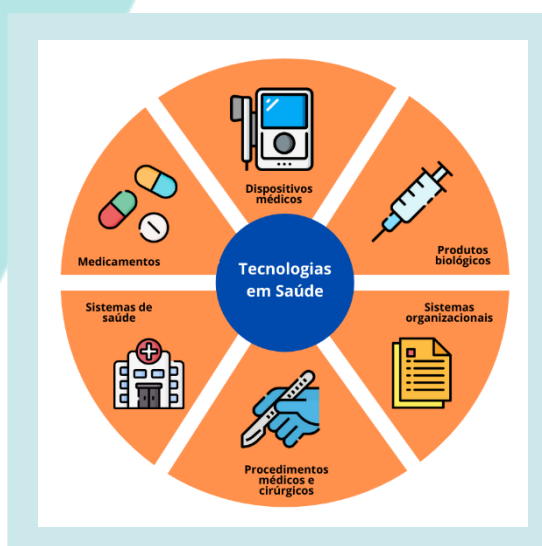
Para saber mais sobre os níveis de atenção à saúde, recomendamos a leitura da unidade 3 do documento Organização e funcionamento do SUS, disponível através do link:

[https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/401229/1/Organizacao\\_FuncSUS%20GS%203ed%20WEB.pdf](https://educapes.capes.gov.br/bitstream/capes/401229/1/Organizacao_FuncSUS%20GS%203ed%20WEB.pdf)

---

## TECNOLOGIAS NO CUIDADO EM SAÚDE

A tecnologia como elemento constituinte do processo de trabalho em saúde é analisada tanto como saber quanto por seus desdobramentos materiais e não materiais na produção dos serviços de saúde. O cuidado é um somatório de decisões quanto ao uso de tecnologias, de articulação de profissionais e ambientes em um determinado tempo e espaço, que tenta ser o mais adequado possível às necessidades de cada paciente.



Fonte: <https://www.iats.com.br/pesquisa/ats/>

As práticas de gestão da clínica devem incorporar as diferentes tecnologias, combinando seu uso de acordo com as necessidades dos pacientes (GRABOIS, 2011). Na mesma lógica, as práticas do trabalho na atenção básica devem incluir diversas tecnologias de maneira adequada, conforme as necessidades de saúde que os sujeitos apresentam para terem melhores condições de vida. Tais tecnologias são as ações e os serviços de saúde dos quais os sujeitos precisam, sem prejuízo do atendimento que requer tecnologias materiais (COELHO; JORGE, 2009).

As tecnologias no trabalho em saúde podem ser classificadas em leve, leve-dura e dura. A leve se refere às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho (GRABOIS, 2011). Diz respeito ao processo de relações, de encontro entre o profissional de saúde e o usuário/paciente. São falas, escutas, interpretações que moldarão a perspectiva de vínculos, responsabilização, confiabilidade, acolhimento e cumplicidade (MAGALHÃES; JACKSON; SAMPAIO, 2015).

A tecnologia leve-dura diz respeito aos saberes bem estruturados, que operam no processo de trabalho em saúde (GRABOIS, 2011). Relaciona-se aos saberes tecnológicos, aos saberes clínicos, epidemiológicos, sociais, psicológicos e aos protocolos técnico-científicos que regem o trabalho em saúde. É considerada leve por significar um saber adquirido pelos profissionais e incorporado à forma de pensar os casos em saúde. Ao mesmo tempo, trata-se de um saber estruturado, organizado e regido por normas e protocolos fechados e, por essa razão, também é reconhecida como dura. Nessa perspectiva, representa uma espécie de tecnologia “intermediária”, capaz de estabelecer um *link* entre as técnicas relacionais e o grupo de equipamentos tecnológicos concretos (MAGALHÃES; JACKSON; SAMPAIO, 2015).

A tecnologia dura pode ser representada pelo material concreto: equipamentos tecnológicos (maquinários, *hardware*), mobiliários, materiais permanentes ou de consumo, normas, rotinas e estruturas organizacionais (MAGALHÃES; JACKSON; SAMPAIO, 2015).

Segundo Morosini (2007), do ponto de vista tecnológico, observa-se um predomínio no uso das chamadas tecnologias duras em detrimento das leves, ou seja, priorização por exames diagnósticos e imagens fantásticas, mas não necessariamente a entrega de um cuidado efetivo aos pacientes. Por mais que as diretrizes apontem para a mudança do modelo de atenção, a forma como se descrevem as responsabilidades ou se criam fichas e protocolos, pode-se novamente direcionar o cuidado para a realização de procedimentos e uso de tecnologias duras (por exemplo, exames) ou leve-duras (restrição da saúde da mulher ao acompanhamento da gestação e controle de câncer ginecológico) (MOROSINI, 2007). Nessa mesma perspectiva, Grabois (2011) enfatiza que o paciente/usuário apresenta uma doença, é certo, mas tem uma vida, com desejos, aspirações e expectativas. Assim, torna-se importante considerar esses fatores na escolha da combinação das tecnologias a serem utilizadas.

## A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Como vimos no módulo anterior, pós a Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080/90, o município passou a ter um lugar privilegiado no desenvolvimento de ações e serviços de saúde, inicialmente com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e depois com o Programa de Saúde da Família (PSF) (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Em 1994, o PSF foi normatizado e adotado como política de intervenção assistencial pelo Ministério da Saúde. A atenção estaria centrada na família, percebida a partir do seu ambiente físico e social. Assim, o PSF teria "caráter substitutivo" das práticas convencionais de assistência, por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde (MALTA;



SANTOS, 2003). A partir de 1996, o PSF passou a ser apresentado como estratégia de mudança do modelo assistencial, superando o conceito de programa vinculado a uma noção de verticalidade e transitoriedade, sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) certa fusão do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) com o PSF (SILVA, 2019).

Na atenção básica, os problemas costumam se apresentar de maneira pouco diferenciada e com muitas superposições orgânicas, funcionais e psicossociais. Para responder ao desafio de oferecer uma atenção à saúde integral à população, a ESF traz alguns diferenciais importantes em relação aos modelos de outros países:

- ❖ A presença dos Agentes Comunitários de Saúde;
- ❖ A inclusão da saúde bucal;
- ❖ A centralidade em equipes multidisciplinares, com territórios definidos, e que atendam todas as idades, grupos populacionais e tipos de problemas (ZEPEDA, 2018).

Com a implantação do PSF, foram constituídas as equipes de saúde da família. Cada equipe se compunha por um médico generalista, um enfermeiro, um ou dois técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários. Inicialmente, cada equipe era responsável por até 4.500 pessoas, mas, com o passar dos anos, esse número foi diminuindo para 4.000 e 3.000. Os agentes de endemias, que já atuavam em ações focadas de combate ao mosquito da dengue, passaram a atuar em ações ampliadas de vigilância em saúde a partir de 2010, quando foram integrados à composição das equipes de Saúde da Família (eSF) (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Em virtude das transformações da atenção básica em saúde, a ESF se apresenta com o objetivo de substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde. Ela aponta para uma transformação dos processos de trabalho, deslocando as atividades da equipe de saúde ao domicílio dos usuários e facilitando, assim, as intersubjetividades do cuidador e daquele que necessita de cuidado (MAGALHÃES; JACKSON; SAMPAIO, 2015). Como porta de entrada do sistema de saúde, a Estratégia de Saúde da Família ESF deve acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e se responsabilizando pela efetividade do cuidado. Além disso, a ESF deve garantir a integralidade da atenção através de uma íntima relação do vínculo com as demais dimensões que a integram: a porta de entrada, o elenco de serviços, a coordenação, o enfoque família, a orientação para a comunidade e a formação profissional e a continuidade do cuidado (SILVA, 2019).

## DIRETRIZES DA ESF

Segundo a Portaria nº 2.436/2017, a ESF deve operacionalizar a Atenção Primária à Saúde (APS), a partir das seguintes diretrizes:

- ❖ **Regionalização e Hierarquização:** dos pontos de atenção da RAS, tendo a atenção básica como ponto de comunicação entre eles.
- ❖ **Territorialização:** o conhecimento sobre o local de atuação dos profissionais de saúde e de sua população propicia o planejamento de ações voltadas para os problemas e para as necessidades específicas de seus moradores.
- ❖ **Território** - unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2012).
- ❖ **População adscrita:** os habitantes do território sob responsabilidade de uma determinada equipe são cadastrados e serão cuidados por ela, o que permite o desenvolvimento de forte vínculo entre os usuários e os profissionais.
- ❖ **Cuidado centrado na pessoa:** ações de cuidado em saúde baseadas na singularidade do indivíduo e no fortalecimento da autonomia no cuidado à saúde.
- ❖ **Resolutividade:** estima-se que 80% dos casos possam ser resolvidos a esse nível de atenção em saúde, pois ele permite que as demandas, riscos e necessidades sejam identificados desde o contato inicial com o usuário e esse cuidado se realize por meio de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde e redução de danos.
- ❖ **Longitudinalidade do cuidado:** baseia-se no acompanhamento do usuário ao longo do tempo, priorizando, nesse período, o cuidado integral e o fortalecimento dos vínculos entre usuário, profissionais de saúde e rede de atendimento.
- ❖ **Coordenação do cuidado:** ocorre por meio do trabalho multiprofissional, propiciando um atendimento integral para lidar com a complexidade das situações apresentadas.
- ❖ **Ordenação da rede:** contribuir para o processo de regulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), propiciando ao usuário uma rede de serviços com fluxos coordenados e de fácil acesso, de modo que ele seja atendido pelo serviço mais adequado à sua necessidade

de saúde, a partir dos processos de referência e contrarreferência entre os vários serviços que compõem a RAS.

- ❖ **Participação da comunidade:** é a garantia da participação popular em diferentes ações, desde grupos de educação em saúde locais à formulação e controle das políticas públicas (BRASIL, 2012; BISPO, 2020).

A expansão e a adequação da ESF facilitaram:

- ❖ Melhor acesso e utilização de serviços de saúde para a população brasileira e para quem mais precisa.
- ❖ Melhores resultados de saúde, incluindo reduções importantes na mortalidade infantil e mortalidade adulta para algumas condições de saúde sensíveis à atenção primária.
- ❖ Expansão de acesso a tratamentos e ampliação no controle de algumas doenças infecciosas.
- ❖ Melhorias na equidade do acesso aos serviços de saúde e diminuição de desigualdades na saúde dos indivíduos.
- ❖ Eficiência no SUS, devido à redução de hospitalizações desnecessárias.
- ❖ Expansão extensiva de infraestrutura e conhecimento, incluindo uma explosão na pesquisa aplicada sobre serviços e sistemas de saúde no Brasil (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

## POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)

Em março de 2006, a criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi considerada um marco histórico para a consolidação nacional e expansão da ESF, visando à reorganização da atenção básica no Brasil. Esse documento explicita a Saúde da Família (SF) como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS (SILVA, 2019). Na PNAB, a atenção básica é definida como “um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde” (MACINKO; MENDONÇA, 2018). Essas ações se desenvolvem por meio de uma equipe multidisciplinar, em um território geograficamente definido e com sua respectiva população, tornando-se o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

A PNAB foi revisada em 2011, buscando preservar a centralidade da ESF para consolidar uma APS forte, capaz de estender a cobertura, prover cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada principal do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da RAS (SILVA, 2019). Em resposta à necessidade de maior investimento público em saúde, o documento traz um modelo de pagamento por desempenho para a ESF, a fim de acelerar o investimento na melhoria da infraestrutura e da qualidade técnica do atendimento (MACINKO; MENDONÇA, 2018)□

A PNAB de 2017 incorpora ao escopo da atenção básica, além das equipes de saúde da família (eSF), equipes de Atenção Básica (eAB) e equipe de Saúde Bucal (eSB), outras equipes para populações específicas, como equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), equipes de Saúde das Famílias Fluviais (eSFF), equipe de Consultório na Rua (eCR), equipe de Atenção Básica Prisional (eABP) e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (ZEPEDA, 2018). Segundo Pinto e Giovanella (2018), a PNAB 2017 reduz a prioridade para a ESF, uma vez que define incentivos financeiros para outros tipos de equipes básicas, sem a presença de agente comunitário de saúde, ao mesmo tempo em que obstaculiza qualquer trabalho em equipe ao definir cargas horárias de apenas dez horas semanais para profissionais, impedindo a efetivação dos atributos de uma APS robusta de longitudinalidade e coordenação cruciais para a garantia de atenção integral.

Em 2019, o Programa Previnde Brasil estabelece um novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Essa mudança gerou críticas sobre a nova proposta, sob o argumento de que se constituiu sem um diálogo com a população, sem um debate com as entidades de controle social e trouxe restrições importantes ao acesso da gestão municipal aos repasses federais voltados para a atenção básica. Nessa lógica, a proposta romperia com o caráter universal do SUS, criando o princípio da seletividade na atenção à saúde (SILVA, 2019).



## LEITURA COMPLEMENTAR

---

Para saber mais sobre a PNAB e suas implicações na Estratégia Saúde da Família, recomendamos o documento: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: Um olhar no modelo de organização da Atenção Básica no Brasil, disponível pelo link: [https://uniesp.edu.br/sites/\\_biblioteca/revistas/20210618114028.pdf](https://uniesp.edu.br/sites/_biblioteca/revistas/20210618114028.pdf).

---

## TRABALHO MULTIPROFISSIONAL NA ESF

A ESF nasceu com uma tradição de utilização de equipes multiprofissionais, envolvendo médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Posteriormente, introduziu-se a equipe de saúde bucal. A situação brasileira de tripla carga de doenças com forte predomínio de condições crônicas evidenciou a necessidade de um novo modelo de atenção às condições crônicas. Para isso, foram incorporados outros profissionais, como o assistente social, o farmacêutico clínico, o fisioterapeuta, o nutricionista, o profissional de educação física e o psicólogo à equipe de saúde da família, compondo a política dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) (MENDES, 2012).

Incorporados à PNAB em 2011, os NASFs foram concebidos na ótica da interprofissionalidade, matriciamento, educação permanente, comunicação, planejamento conjunto, decisões, saberes e responsabilidade compartilhados, para uma maior resolutividade do cuidado. Segundo Giovanella, Franco e Almeida (2020), a partir das mudanças realizadas na PNAB, em 2019, o componente multiprofissional é enfraquecido pela extinção do credenciamento e financiamento federal aos NASFs, sob a justificativa de maior autonomia do gestor municipal para a composição dessas equipes.

A oferta de um cuidado integral na atenção básica está relacionada à capacidade de as equipes multidisciplinares trabalharem, efetivamente, de forma integrada e interdisciplinar. Uma equipe deve ser mais eficiente do que um grupo de pessoas sem coordenação, portanto, organizar o trabalho em equipe é fundamental para a qualidade assistencial. Para isso, as equipes precisam ter, entre outras características:

- ❖ Objetivos comuns, materializados em planos de ação compartilhados, confiança entre seus membros e apoio mútuo;
- ❖ Interdependência entre seus membros, com eficiência do trabalho coordenado e responsabilidades claras sobre as ações;
- ❖ Boa comunicação, tanto nos desacordos quanto nos consensos (ZEPEDA, 2018).

O trabalho em equipe favorece a contribuição dos diferentes saberes, o que não deve eliminar o caráter particular de cada profissional ou de cada profissão, pois todos devem participar, de modo a articular um campo que assegure saúde à população e realização pessoal aos trabalhadores (COELHO; JORGE, 2009). Uma construção conceitual que pode auxiliar na compreensão e na organização do trabalho em equipe é a diferenciação entre campo e núcleo de competência profissional.

O núcleo define a identidade de uma determinada profissão da saúde, aquilo que é exclusivo dela, e o campo seria um espaço de limites menos precisos, em que cada profissão buscaria nas outras o apoio para cumprir tarefas comuns as quais exigem múltiplos saberes e habilidades. Nessa perspectiva, o campo da Saúde da Família seria o espaço de sobreposição das atividades das várias profissões da saúde que atuam nesse cenário, enquanto os núcleos seriam as atribuições específicas de cada uma das profissões, que as definem e que justificam uma existência separada (ZEPEDA, 2018).

As complexas necessidades de saúde do mundo contemporâneo, como as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico e as demandas no processo de trabalho em saúde, exigem novas formas de prover a formação dos profissionais da saúde, de modo que estejam aptos a lidar com os desafios dos sistemas de saúde (BRASIL, 2018). Na busca de uma atuação integrada e interdisciplinar, cada profissional deve melhorar e expandir, continuamente, suas habilidades, para exercer seu potencial máximo de trabalho colaborativo com sua equipe. Uma estratégia que pode ser utilizada para ampliar o alcance do trabalho em saúde na atenção básica é o processo de transferência de saberes e habilidades e de divisão do trabalho dentro da própria equipe de Saúde da Família (ZEPEDA, 2018).

No contexto brasileiro, o Ministério da Saúde tem adotado a definição de Educação Interprofissional em saúde (EIP) como sendo uma intervenção em que membros de mais de uma profissão da saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional (BRASIL, 2018).



## GLOSSÁRIO

Educação Interprofissional em saúde: “Ocasões onde membros ou estudantes de duas ou mais profissões aprendem com os outros, entre si e sobre os outros para aprimorar a colaboração e qualidade dos cuidados e serviços” (BRASIL, 2018).

A EIP pode também ser compreendida como um modelo de formação estabelecido com ações articuladas entre dois ou mais cursos da saúde e que pode contribuir para mudanças em prol da colaboração e da qualidade da atenção dos usuários. Ela está sendo incorporada às políticas de educação na saúde, tendo em vista que é considerada como estratégia potencial para fortalecimento do SUS (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, é evidente a correspondência entre as bases conceituais da EIP com os elementos constituintes do sistema público de saúde brasileiro, o que favorece, sobremaneira,

a sua implementação nas políticas de saúde, visto que, no SUS, estão presentes os princípios da universalidade do acesso, integralidade, participação social e o trabalho baseado em equipe (BRASIL, 2018).



## LEITURA COMPLEMENTAR

---

Para conhecer um pouco mais sobre a Educação Interprofissional em saúde, recomendamos a leitura do capítulo sobre esse assunto do documento Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: “o que se tem produzido para o seu fortalecimento?”, disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf)

---

## REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE

Como vimos no terceiro módulo, a Constituição Federal brasileira de 1988 definiu a estratégia de regionalização por meio da organização de redes de atenção como elemento essencial para a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Segundo o documento, as ações e serviços de saúde conformam uma rede regionalizada e integrada em um sistema único em todo o território nacional. Entretanto, o processo de construção do SUS ao longo da década de 1990, em um contexto político e econômico adverso, privilegiou a expansão das bases municipais de ações e serviços de saúde em consonância com a diretriz de descentralização (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

A partir dos anos 2000, as reflexões relativas ao processo de descentralização, em virtude da busca por maior integração para as ações e serviços de saúde, convergiram para a necessidade de definir o espaço regional como locus essencial de construção do SUS. Essa diretriz partiu da constatação de que a maioria dos municípios, isoladamente, não possui condições de garantir oferta integral a seus cidadãos (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

Nesse contexto, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), editada em 2002, enfatizou a necessidade de consolidar uma lógica de estruturação de redes regionalizadas como um sistema de saúde integrado regionalmente, introduzindo elementos estratégicos de integração intermunicipal, como a delimitação de referências territoriais para a elaboração de políticas, programas e sistemas organizacionais (módulos, microrregiões e regiões) e o

estabelecimento de instrumentos de planejamento integrado, como os Planos Diretores de Regionalização e de Investimentos.

Em 2006, o Pacto pela Saúde vem ressaltar a necessidade de aprofundar o processo de regionalização da saúde, sendo uma das responsabilidades gerais da gestão dos Estados coordenar o processo de configuração do desenho da Rede de Atenção à Saúde (RAS) nas relações intermunicipais, com a participação dos municípios da região (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

Em 2011, o Decreto nº 7.508/2011 estabeleceu novas estratégias e instrumentos para a consolidação das redes de atenção à saúde, valorizando a construção de relações colaborativas entre os entes federados, por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde, e fortalecendo o papel de coordenação dos gestores estaduais e das comissões intergestores (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

A fragmentação dos serviços de saúde, que pode ser entendida como a coexistência de muitas unidades ou entidades não integradas à rede de serviços, é uma causa importante de baixo desempenho dos serviços e do sistema de saúde. Leva à falta de acesso aos serviços, perda de continuidade dos processos assistenciais e falta de conformidade entre os serviços e as necessidades e expectativas dos usuários. Nessa perspectiva, a integração dos serviços de saúde em redes de atenção tem como finalidade central garantir maiores continuidade assistencial, coordenação do cuidado e integração entre pontos de atenção (ZEPEDA, 2018).

Na atenção básica, a fragmentação pode se manifestar como baixa capacidade resolutiva, “captura” de usuários pelos especialistas (não voltam depois das interconsultas) e uso excessivo de serviços de urgência como forma de “atenção especializada”. Do ponto de vista do usuário, a organização em redes de atenção facilita acesso oportuno a serviços de atenção básica, melhora o acesso a outros níveis quando necessário, evita duplicidade ou repetição desnecessária de histórias clínicas, exames e trâmites burocráticos e facilita a implantação de estratégias de autocuidado e seguimento de doenças crônicas (ZEPEDA, 2018).



## LEITURA COMPLEMENTAR

Redes de Atenção à Saúde (RAS):

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde — prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com



a qualidade certa e de forma humanizada —, e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para esta população (MENDES, 2011).

---

Uma vez instituída, uma rede de atenção se apresenta como um conjunto articulado e interdependente de unidades de saúde, com o objetivo de prover atenção integral e contínua, de acordo com as necessidades de cada cidadão, a partir de uma combinação custo/efetiva de alocação de recursos (OUVERNEY; NORONHA, 2013). As RASs constituem-se de três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

O primeiro elemento é sua razão de ser: uma **população** colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. Essa população vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociosanitários. Além disso, ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas. Na concepção de RASs, cabe à atenção primária a responsabilidade de se articular, intimamente, com essa população (MENDES, 2011).

O segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é a **estrutura operacional**, formada pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. Essa estrutura se compõe de cinco elementos:

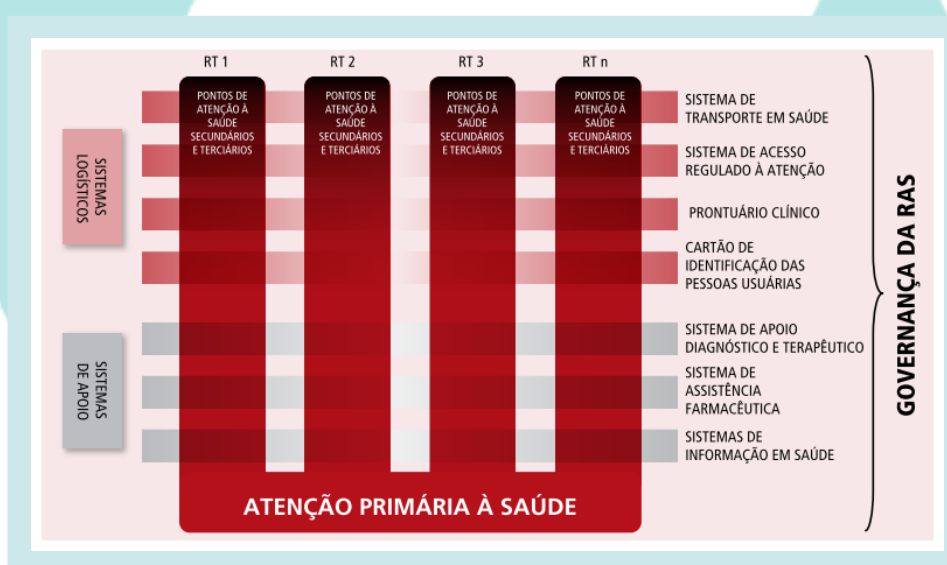
- ❖ O centro de comunicação: atenção primária;
- ❖ Os pontos secundários e terciários de atenção à saúde, que se distribuem, espacialmente, de acordo com o processo de territorialização: os pontos de atenção secundária nas microrregiões sanitárias e os pontos de atenção terciária nas macrorregiões sanitárias, e se articulam com os níveis de atenção à saúde: os pontos de atenção secundária compõem o nível de atenção secundária (“média complexidade”) e os pontos de atenção terciária integram o nível de atenção terciária (“alta complexidade”);
- ❖ Os sistemas de apoio: são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde;
- ❖ Os sistemas logísticos: trata-se de soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas RASs, permitindo um sistema eficaz

de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nessas redes;

- ❖ O sistema de governança: arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita (MENDES, 2011).

Os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. É o que se observa na **FIG. 3** abaixo.

**Figura 3 - A estrutura operacional das redes de atenção à saúde**



Fonte: Mendes (2011, p. 86).

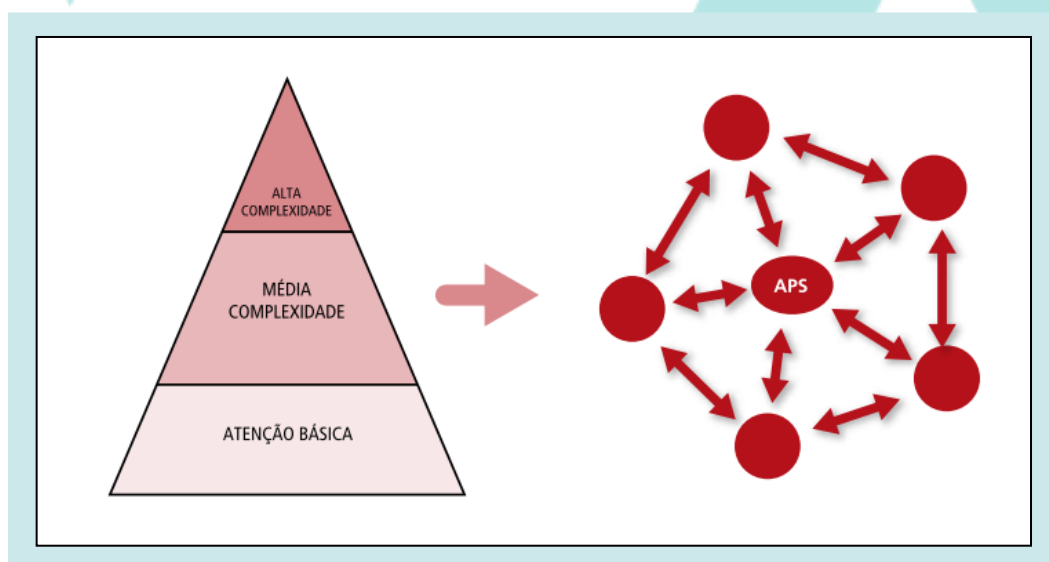
O terceiro elemento constitutivo das RASs é o **modelo de atenção**. Trata-se de um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011).

## O CENTRO DE COMUNICAÇÃO DAS REDES: A ATENÇÃO PRIMÁRIA

O centro de comunicação das redes de atenção à saúde é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela atenção primária. Para a organização das RASs, os serviços de saúde se estruturam em uma rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, espacialmente, de forma ótima. Essa rede pode ser organizada em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de menor densidade tecnológica, como os da atenção básica, devem ser dispersos; ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc., tendem a ser concentrados (MENDES, 2011).

A concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída pela concepção de redes poliárquicas de atenção à saúde em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais. Essa mudança é representada esquematicamente na **FIG. 4** abaixo:

**Figura 4** - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes (2011, p 84).

Para uma adequada organização em rede, é preciso haver, entre outros elementos:

- ❖ um primeiro nível de atuação que seja, de fato, porta de entrada preferencial do sistema, que integre e coordene a atenção e que resolva a maioria das necessidades de saúde da população;
- ❖ mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo de serviços;
- ❖ cuidado em saúde baseado na pessoa, na família e no território.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem estimulado, como principal estratégia de organização da atenção em saúde, a construção de redes integradas de atenção, com base territorial e ordenadas pela Atenção Básica à Saúde (ABS) (ZEPEDA, 2018). De acordo com a PNAB, a ESF é a principal forma de organização da atenção primária no país, devendo ser estratégia prioritária de organização do SUS.

Ela é o pilar, o centro de comunicação, a responsável pela coordenação do cuidado na RAS, que deve ser organizada por regiões de saúde, integrando-a à Atenção Ambulatorial Especializada e à Atenção Hospitalar (MENDES, 2016). Porém, para que a atenção básica desempenhe, de fato, seu papel de coordenação das redes de atenção, é preciso facilitar o acesso e ampliar a abrangência no primeiro nível de atenção e, ao mesmo tempo, regular o acesso à atenção especializada, promovendo um uso mais adequado dos recursos disponíveis e evitando intervenções desnecessárias e potencialmente danosas (ZEPEDA, 2018).

A seguir apresentam-se as funções da atenção básica no funcionamento das RAS:

1. **Ser base:** ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;
2. **Ser resolutiva:** identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica capaz de construir vínculos positivos e intervenções efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
3. **Coordenar o cuidado:** elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer desses pontos e articulando outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais;

Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (ZEPEDA, 2018).



## LEITURA COMPLEMENTAR

---

Para saber mais sobre as redes de atenção à saúde, recomendamos o documento de Eugenio Vilaça Mendes, disponível pelo link:

<https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/redesAtencao.pdf>

Recomendamos, também, o vídeo produzido pela Unicamp, disponível pelo link:

[https://www.youtube.com/watch?v=0N\\_9KKu15oM&t=29s](https://www.youtube.com/watch?v=0N_9KKu15oM&t=29s)



## RESUMO DA UNIDADE

---

Nesta unidade pudemos entender melhor o contexto da estratégia de saúde da família e sua importância para o SUS. Inicialmente, discutimos os modelos de atenção e a organização do sistema de saúde em níveis de atenção. Entendendo os três níveis - atenção básica, média complexidade e alta complexidade -, percebemos que esses serviços possuem características diferentes e podem requerer tecnologias diversas para a promoção do cuidado em saúde: tecnologias leves, leve-duras ou duras.

Retomando nossos estudos sobre a evolução dos serviços públicos de saúde no Brasil, relembramos a criação do PSF, adotado como política assistencial, em 1994, sendo transformado em ESF, em 1996. Com o intuito de responder ao desafio de oferecer uma atenção integral à população, a ESF traz alguns diferenciais importantes em relação aos modelos de outros países: a presença dos agentes comunitários de saúde, a inclusão da saúde bucal e a centralidade em equipes multidisciplinares, com territórios definidos e que atendam a todas as idades, grupos populacionais e tipos de problemas. Discutimos, então, as diretrizes que devem guiar a operacionalização da ESF e o impacto desse serviço na melhoria da assistência à população.

Entendemos um pouco mais sobre a Política Nacional da Atenção Básica e sua evolução ao longo dos anos. Discutimos, também, a importância do trabalho multiprofissional em saúde

para a promoção da saúde integral da população e como essa abordagem tem sido potencializada no SUS. Por fim, entendemos a organização do serviço em RAS e retomamos a discussão da importância da atenção básica como porta de entrada e ordenadora dos serviços de saúde nas RAS.

---

# **UNIDADE V**

**POLÍTICAS PÚBLICAS E MODELOS  
EXPLICATIVOS DO PROCESSO SAÚDE-  
DOENÇA**



## METAS

---

Nesta unidade, aprofundaremos um pouco mais em algumas políticas importantes que compõem o SUS. Revisitaremos o tema atenção primária, retomando a importância do seu papel para o SUS e para as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Vamos entender um pouco mais sobre os atendimentos especializados ambulatoriais. Esse cuidado é necessário para dar efetividade e consequência à APS e prover assistência especializada aos que dela necessitam, complementando-a, para que o Sistema se aproxime de uma integralidade desejada.

Vamos aprender um pouco mais sobre a atenção hospitalar e a Política Nacional de Atenção Hospitalar. Quanto à saúde bucal, conheceremos um pouco da trajetória brasileira de reorientação do modelo de atenção à saúde bucal na APS e entenderemos como o Programa Brasil Sorridente funciona atualmente no SUS. Entenderemos, também, como a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) se apresenta como proposta organizativa dos serviços de saúde mental no país.

A Assistência Farmacêutica (AF) tem um papel dinamizador na organização dos sistemas de saúde, uma vez que atua de forma transversal entre os serviços e contribui para a consolidação de vínculos com a população. Nesse sentido, conheceremos um pouco da Política de Assistência Farmacêutica no Brasil. Por fim, abordaremos a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS) e sua importância para o SUS.

---

## ATENÇÃO PRIMÁRIA

Do início dos anos 20 ao final dos anos 70, aconteceram vários movimentos que, direta ou indiretamente, levaram à institucionalização da Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o mundo. Esse movimento foi marcado pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978. Tal reunião foi convocada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e demandou aos governos esforços na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). A conferência de Alma-Ata definiu a APS como:



Cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (MENDES, 2012).

**Figura 1** - Conferência de Alma-Ata, na antiga União Soviética, 1978



**Fonte:** Figueiredo; Demarzo (2016, p. 9)

Após Alma Ata, a APS deixou de ser uma proposta de médicos e pioneiros internacionais em aldeias distantes e tornou-se uma abordagem avalizada e um incentivo à sua expansão mundial (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018) □ A Declaração de Alma-Ata definiu que a APS deveria ser orientada de acordo com os principais problemas sanitários da comunidade e prestar atenção preventiva, curativa, de reabilitação e de promoção da saúde (CAMPOS *et al.*, 2006). Dessa definição emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; a provisão de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes; e a valorização das práticas complementares (MENDES, 2012).

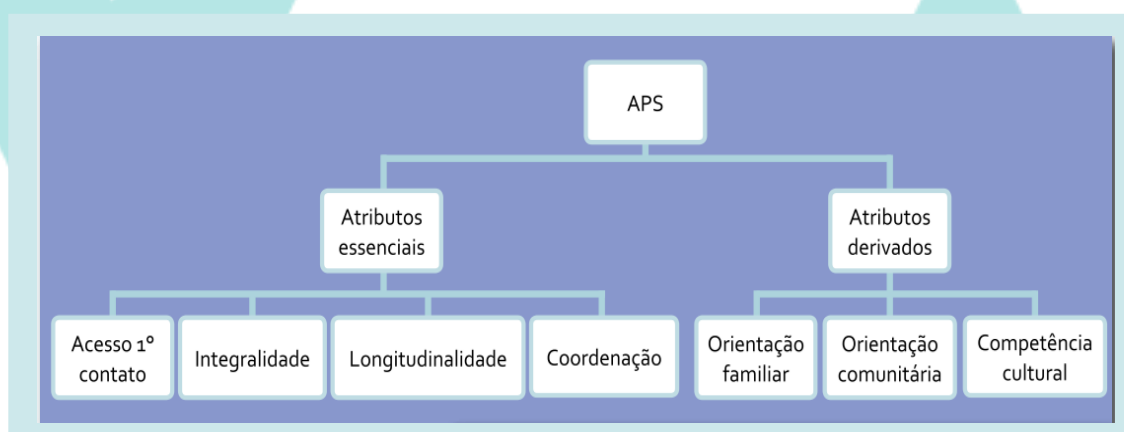


## PARA SABER

Para saber mais sobre a conferência de Alma-Ata e os aspectos históricos e conceituais da APS, recomendamos a leitura do capítulo *Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas*, disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l26.pdf>.

Segundo Figueiredo e Demarzo (2016), Barbara Starfield 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 **FIG. 2**.

**Figura 2 - Atributos essenciais e derivados da APS**



**Fonte:** Figueiredo; Demarzo (2016, p. 10).

Segundo essa classificação, 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. Deve ser idealmente praticada e orientada para o contexto familiar e comunitário, entendidos em sua estrutura e conjuntura socioeconômica e cultural. Esse contato deve ser 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 disso, esse cuidado deve ser realizado de forma continuada (longitudinalidade) e coordenada ao longo do tempo. Essas ações devem acontecer 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 (FIGUEIREDO; DEMARZO, 2016).

A APS é reconhecida como uma estratégia de organização da atenção à saúde que deverá ser capaz de responder à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades e esse processo deverá se dar de forma regionalizada, contínua e sistematizada (GARCIA, 2014). Garcia (2014) aponta que o termo **atenção primária** pode implicar em diversas interpretações, isto é, de forma resumida, podemos traçar dois significados: “cuidados ambulatoriais na porta de entrada e como política de reorganização do modelo assistencial de forma seletiva ou ampliada. Isso significa que essa terminologia poderá ser entendida como uma forma de primeiro contato do paciente com o serviço de saúde”. Sob outra perspectiva, a APS pode ser traduzida pela “existência apenas de programas com objetivos restritos para cobrir determinadas necessidades de grupos populacionais em extrema pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos níveis secundário e terciário”, correspondendo a uma tradução restrita dos objetivos preconizados, em Alma-Ata, em 1978. Para evitar que a prática da APS no Brasil fosse traduzida como uma assistência sem recursos tecnológicos para os mais pobres, o Ministério da Saúde assumiu que a Atenção Básica em Saúde seria interpretada como APS ampliada, que contempla todos os preceitos do conceito informado anteriormente (GARCIA, 2014).

No Brasil, a reunião de Alma-Ata fundamentou várias propostas e programas na área da saúde e exerceu influência no processo de expansão e articulação das Secretarias Municipais de Saúde (CAMPOS *et al.*, 2006). Vimos, nos módulos anteriores, que a Estratégia Saúde da Família (ESF) nasceu em 1994. Segundo Campos e colaboradores (2006), a ESF é considerada um modelo de APS focado na unidade familiar e construído operacionalmente na esfera comunitária. Então, por definição, pode-se considerar a experiência brasileira de ESF como um modelo coletivo de atenção primária, com a peculiaridade de ser construído no âmbito de um sistema de saúde público e universal (CAMPOS *et al.*, 2006).

A existência de uma rede de APS permite não somente a prevenção de um importante universo de patologias de relevância epidemiológica e a resolutividade direta de até 90% da demanda comunitária, como também auxilia a condução clínica e o manejo terapêutico de pacientes com demanda de saúde especializada, os quais são primariamente orientados por profissionais de saúde de uma das outras redes assistenciais (CAMPOS *et al.*, 2006).

Assim, segundo Campos e colaboradores (2006), uma rede universal de APS, como o modelo brasileiro de ESF, possibilita melhor controle do desperdício de recursos de saúde, redução da duplicação da oferta de serviços, estabilidade e confiança na relação entre o usuário e o sistema de saúde e maior eficácia no alcance de resultados de saúde (CAMPOS *et al.*, 2006).

A Organização Pan-Americana de saúde (OPAS) frisa a importância da APS e reforça a necessidade de renová-la, colocando-a no centro dos esforços para melhorar a saúde e o bem-estar da população. Essa recomendação se dá por três características que compõem a APS:

1. Está bem posicionada para responder às rápidas mudanças econômicas, tecnológicas e demográficas, que impactam a saúde e o bem-estar;
2. Trata-se de uma forma altamente eficaz e eficiente de agir sobre as principais causas de problemas de saúde e riscos ao bem-estar, bem como de lidar com os desafios emergentes que ameaçam a saúde e o bem-estar no futuro. Além disso, tem se mostrado um investimento custo-efetivo, pois há evidências de que a atenção primária de qualidade reduz os gastos totais em saúde e melhora a eficiência, por exemplo, reduzindo as internações hospitalares.
3. Uma APS mais forte no mundo é essencial para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados à saúde e à cobertura universal de saúde (OPAS, 2022).

Em novembro de 2018, a Representação da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil lançou a versão final do relatório “30 anos de SUS – Que SUS para 2030?”. A publicação sintetiza alguns dos maiores conhecimentos e experiências acumuladas no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, com a perspectiva de contribuir para que o Brasil alcance as metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Dentre as conclusões do relatório podemos destacar a importância da expansão e da consolidação de uma APS forte (APS Forte), que ordene as redes de atenção e as integre aos sistemas de vigilância em saúde (OPAS, 2022) □



## GLOSSÁRIO

---

Uma APS Forte é aquela que conta com unidades de saúde acessíveis aos cidadãos que precisam de atendimento; que oferece um conjunto amplo e atualizado de procedimentos diagnósticos e terapêuticos; que está preparada para lidar com os problemas de saúde mais prevalentes da população sob sua responsabilidade; e também está apta a coordenar o cuidado dos usuários que precisem ser encaminhados para outros níveis de atenção do sistema de saúde. (OPAS, 2022).

---

Evidências científicas internacionais têm comprovado que um sistema de saúde baseado em uma APS forte oferece melhores resultados, eficiência, menores custos e maior qualidade de atendimento em comparação com outros modelos. No caso do Brasil, o relatório aponta que o principal mecanismo para induzir a expansão da cobertura de atenção primária tem sido a consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esse modelo, quando comparado a outras formas de organização de APS existentes no país, apresenta melhores resultados quanto à ampliação do acesso ao sistema de saúde e em indicadores como diminuição de internações por condições sensíveis à APS (que são internações evitáveis) e redução da mortalidade infantil, materna e por causas preveníveis (OPAS, 2022).



### INDICAÇÃO DE VÍDEO

Para saber mais sobre o relatório de 30 anos de SUS elaborado pela OPAS, recomendamos o vídeo disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=hVCFdu9pkAo>.

## ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

De um modo genérico, pode-se estabelecer certa equivalência entre atenção especializada ambulatorial e Atenção secundária (AS). Entretanto, as ações do escopo da AS, frequentemente, estão incorporadas nos serviços hospitalares, exigindo precaução em estabelecer essa relação como sinonímia. Nesse sentido, entende-se que as ações secundárias estariam em um conjunto mais amplo, podendo ou não envolver as atividades ambulatoriais (GUEDES *et al.*, 2019)□

O cuidado especializado é necessário para dar efetividade e consequência à APS e prover assistência especializada aos que dela necessitam, complementando-a, para que o Sistema se aproxime de uma integralidade desejada (TESSER; POLI NETO, 2017). A normatização do SUS atribui aos municípios a responsabilidade pela rede ambulatorial especializada, permitindo associações de municípios. Os serviços especializados existentes no SUS, comumente, organizam-se em ambulatórios, onde especialistas recebem pacientes através de encaminhamento ou referência, sem conhecer os profissionais que encaminharam e sem acesso aos prontuários com registros do cuidado previamente realizado, salvo quando há prontuários eletrônicos acessíveis (TESSER; POLI NETO, 2017).

A Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) constitui um problema muito importante nos sistemas de atenção à saúde em geral e no SUS, em particular. Segundo documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2016), uma das razões é que esse serviço está

inserido em sistemas fragmentados de atenção à saúde, como um espaço institucional sem comunicação e sem coordenação com outros serviços ambulatoriais e hospitalares. Tal (des)organização fragmentada é responsável por muitos problemas de efetividade, eficiência e qualidade que afetam esse nível de atenção. O diagnóstico recorrente, muitas vezes baseado em ideias de senso comum, é o de que a AAE constitui gargalo no SUS pela insuficiência de oferta, o que, normalmente, se denomina de “vazios assistenciais da média complexidade ambulatorial” (BRASIL, 2016).

Tesser e Poli Neto (2017) apontam que, apesar de se passarem mais de 25 anos após a formalização legal do SUS, não há diretrizes operacionais claras e recursos substanciais para induzir à ampliação e à estruturação da atenção especializada (TESSER; POLI NETO, 2017).

Há evidências de que 70% a 80% dos portadores de condições crônicas apresentam quadros de menor complexidade que devem ter sua atenção concentrada na equipe da APS e nas ações de autocuidado porque, em geral, não se beneficiam da AAE. Entretanto, as unidades de atenção ambulatorial especializada, por falta da estratificação de riscos na APS, estão lotadas de pessoas portadoras de condições crônicas mais simples como, por exemplo, portadores de hipertensão de baixo e médio risco. Segundo documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2016), isso pode ser resolvido com a introdução da estratificação de riscos na APS, o que reduziria significativamente a demanda por AAE (BRASIL, 2016).

Outro fator que pressiona a agenda das unidades de AAE consiste na vinculação definitiva das pessoas referidas aos especialistas. É certo que um pequeno percentual de pessoas pode se vincular definitivamente a eles. Contudo, uma AAE bem organizada está baseada no papel interconsultor dos especialistas, o que, além de prover melhor atenção à saúde, reduz a pressão sobre a agenda da unidade de AAE (BRASIL, 2016).

Mais um fator de desequilíbrio entre oferta e demanda está na exagerada centralização da AAE na consulta médica individual e presencial. Em geral, os centros de especialidades médicas tradicionais não operam com equipes multiprofissionais envolvidas no cuidado especializado interdisciplinar. Por outro lado, não há uma prática de introdução de novas formas de atenção individual e coletiva que permitiriam aliviar, relativamente, a agenda dos médicos especialistas e melhorar a qualidade da atenção (BRASIL, 2016). É preciso ter em mente que os especialistas da saúde não são somente os médicos. No SUS, há experiências relevantes de utilização de equipe multiprofissional, com trabalho interdisciplinar, em ambulatórios especializados.

Nesses ambulatórios, há diversos especialistas, como assistentes sociais, cirurgiões dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, profissionais de educação física, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e outros que desenvolvem trabalhos especializados de nível secundário. Portanto, em ambulatório especializado em diabetes, pode haver enfermeiros e farmacêuticos especialistas em diabetes e, em ambulatório especializado em pessoas idosas, pode haver enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais especializados em atenção às pessoas idosas (BRASIL, 2016).

Em relação aos médicos, na perspectiva de sistemas de atenção à saúde estruturados em RAS, é fundamental a presença equilibrada de médicos generalistas e especialistas, atuando conjuntamente em benefício das pessoas usuárias e de suas famílias. É fundamental que a relação entre médicos generalistas e especialistas seja coordenada pelos generalistas (BRASIL, 2016). A relação fragilizada entre especialistas e generalistas no SUS tem várias causas, com o pano de fundo na fragmentação do sistema de atenção à saúde:

- ❖ AAPS não está estruturada para dar conta da coordenação da relação com a AAE;
- ❖ Os generalistas e os especialistas atuam em silos que não se comunicam;
- ❖ AAPS não regula a AAE, o que é feito por centrais de regulação impessoais e burocráticas;
- ❖ Não há, em geral, diretrizes clínicas baseadas em evidências que definam as situações em que as pessoas devem ser encaminhadas aos especialistas ou que orientem as intervenções desses especialistas;
- ❖ Não há estratificação de riscos na APS que permita os encaminhamentos de pessoas as quais efetivamente se beneficiam da AAE;
- ❖ A AAE é fortemente concentrada na consulta médica. Em geral, não há sistema de referência e contrarreferência estruturado com base em prontuários clínicos eletrônicos;
- ❖ Não há apoio efetivo das pessoas nos momentos da transição;
- ❖ As relações entre os médicos de família e os especialistas são impessoais, não se permitindo o trabalho clínico conjunto. Não há vinculação entre os médicos de família e os especialistas, o que significa a inexistência da territorialização da AAE (BRASIL, 2016).

Assim, a forma mais efetiva e eficiente de relação entre a APS e a AAE consiste na coordenação do cuidado, em que a tarefa do cuidado é responsabilidade solidária de generalistas e de especialistas, sob coordenação da atenção primária. A forma da referência

e contrarreferência, a mais conhecida no SUS, é uma condição necessária, mas não suficiente para a coordenação do cuidado, já que não envolve, necessariamente, o apoio nos momentos de transição, as visitas periódicas e o trabalho conjunto entre especialistas e generalistas e a intermediação por gestores de caso (BRASIL, 2016).



## PARA SABER

Para saber mais sobre a Atenção Ambulatorial Especializada, recomendamos o documento do CONASS, disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/CONASS-Debate-N-5.pdf>

## ATENÇÃO HOSPITALAR



A atenção hospitalar é temática importante na análise de políticas públicas de saúde e objeto de constante preocupação por parte dos gestores, tendo em vista a complexidade e os desafios existentes na área. Seu fomento é histórico no Brasil desde o período colonial, o que fortaleceu o modelo assistencial médico-hospitalocêntrico e liberal nas repúblicas e ditaduras dos séculos seguintes (SANTOS; PINTO, 2017). A estrutura e o funcionamento do hospital, seu posicionamento no sistema de saúde e sua percepção e imagem na sociedade se relacionam à historicidade dessa instituição (CARRIÃO; MARQUES; MARINHO, 2019).

Diante dos desafios postos sobre sustentabilidade financeira, relevância social e responsabilização do Estado brasileiro com o direito à saúde, foram exigidas readequações ao perfil dos hospitais, de modo a assumir novas funções.

Esse fenômeno socio-histórico, associado à readequação da organização hospitalar brasileira, desenvolveu-se em meio ao processo de criação e implantação do SUS (SANTOS;



PINTO, 2017). Considerando os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, compreende-se a necessidade de direcionamentos da atenção à saúde para a resolutividade, com cuidado centrado na pessoa, pautado na singularidade e na integralidade. Assim, torna-se essencial a construção de reflexões sobre as possibilidades de atenção à saúde hospitalar de qualidade, resolutiva e humanizada no âmbito do SUS (CARRIÃO; MARQUES; MARINHO, 2019).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) foi instituída, no âmbito do SUS, pela Portaria do Ministério da Saúde nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Essa normativa tem aplicação a todos os hospitais que atuam na rede pública, independentemente de sua natureza jurídica. Observa-se que a proposta da política é a articulação entre os diversos atores, sejam eles públicos ou privados, bem como da sociedade civil, cujo objeto comum é a organização do elemento hospitalar integrante da RAS (CARDOSO *et al.*, 2020). Segundo a PNHOSP, “os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas”. Essa política se difere da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na medida em que a segunda preconiza o acesso contínuo da população aos serviços de saúde e o firmamento de “relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado” (CARDOSO *et al.*, 2020).

A PNHOSP considera os hospitais organizações complexas, destinadas à prestação de assistência conforme perfil epidemiológico e demográfico da RAS regional. Suas diretrizes atendem aos princípios da universalidade, equidade, integralidade e controle social, regionalização da atenção e continuidade da atenção por meio da articulação regulada com os outros serviços, além de trazer o modelo de atenção centrado no cuidado humanizado e interdisciplinar (SANTOS; PINTO, 2017). Três eixos estruturantes da política se destacam:

1. A **gestão hospitalar**, que versa sobre qualidade da assistência, cumprimento de metas contratualizadas, eficiência e transparência, planejamento participativo, papel na RAS, fluxos regulatórios e critérios de monitoramento e avaliação;
2. O **financiamento tripartite** e os instrumentos formais de **contratualização**, que regularizam a relação entre o gestor e os hospitais públicos e privados, por meio de critérios regionais, orçamentários, de monitoramento e cumprimento das metas, aprimoramento assistencial e efetivação do controle social e transparência;
3. A **responsabilidade das esferas de gestão**, que especifica competências das Secretarias Estaduais de Saúde frente a metas e prioridades para atenção hospitalar,

cofinanciamento, contratualização e monitoramento ou avaliação (SANTOS; PINTO, 2017). Semelhante ao caso das políticas públicas brasileiras, no caso da PNAHOSP, tem-se, no Brasil, um modelo de atenção hospitalar que se baseia na oferta gratuita, por meio de hospitais públicos, e na oferta financiada pelo Estado, por meio de hospitais privados sem fins lucrativos, ambos funcionando mediante diretrizes gerais do SUS. Esse exemplo revela uma política estruturante de caráter estratégico, dirigida ao enfrentamento de um problema público, que é a necessidade de cuidado da saúde da população brasileira.

São situações que não podem ser resolvidas mediante outros estabelecimentos de saúde, como o Pronto Atendimento Municipal (PA), o qual não dispõe de leitos de internação e/ou de observação, bem como de consultas eletivas e de acompanhamento clínico que dispensam a necessidade de cuidado em tempo integral. Sua proposta inicial foi estimular a inserção dos Hospitais de Pequeno Porte na rede hierarquizada de atenção à saúde (CARDOSO *et al.*, 2020).

Segundo Carrião, Marques e Marinho (2019), o contexto teórico da administração que vem fundamentando a gestão hospitalar compreende a instituição como sistema mecânico e fragmentado, o que dificulta a compreensão da complexidade do hospital enquanto serviço voltado para a atenção à saúde e ao cuidado de pessoas, demandando trabalho coletivo e cooperativo, e cujo funcionamento igualmente envolve pessoas, pacientes, acompanhantes, profissionais e gestores. As RAS, enquanto estratégias ministeriais, foram importantes para a integração das ações e serviços de saúde, considerando as diferentes densidades tecnológicas na garantia da integralidade do cuidado (SOUZA *et al.*, 2018).

O perfil assistencial dos hospitais da RAS deve ser definido com base nas características demográficas e epidemiológicas da população (CARDOSO *et al.*, 2020). A PNHOSP também inclui como ator o aparato existente na PNAB, pois ela tem a função de coordenar e orientar a atenção ao cuidado dentro da RAS. Nessa perspectiva, a responsabilidade maior sob a população em geral recai no poder público local, ou seja, no município, embora a política se difunda nos três níveis de governo. Espera-se a formação de “um processo de compartilhamento e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado”.

Dessa forma, a responsabilidade quanto à indicação e ao encaminhamento para internação hospitalar, salvo os quadros de urgência e emergência - quando o sujeito é socorrido via Rede de Urgência e Emergência -, compete aos profissionais integrantes da rede de Atenção

Básica. Por meio dessa articulação, entre os pontos de articulação da RAS, tem-se a continuidade do cuidado (CARDOSO *et al.*, 2020).

Assim, Carrião, Marques, e Marinho (2019) apontam para a necessidade de propiciar, no hospital, processos gerenciais e assistenciais que se fundamentem efetivamente na integralidade da atenção à saúde, desconstruindo a lógica cotidiana de fragmentação e hierarquização, o que depende de considerar as ações de gestão e assistência hospitalar a partir de fluxos produtores de cuidado, em equipes atuando de modo interdisciplinar e cooperativo, centradas na pessoa.

Para Cardoso e colaboradores (2020), um problema enfrentado pela PNHOSP é a necessidade de redefinição das relações entre os Hospitais de Pequeno Porte e o SUS. Uma vez que a adesão à política é facultativa, a redefinição do papel do hospital junto à RAS somente será modificada caso ele se sujeite aos critérios postos pela definição normativa da política (CARDOSO *et al.*, 2020).

A Política Nacional de Atenção Hospitalar propõe a reestruturação da atenção hospitalar, recomendando a contextualização da sua gestão no processo de regionalização. Nessa reestruturação, a política destaca a readequação do perfil assistencial, a regulação do acesso, a pactuação entre entes federados, o estabelecimento de metas em instrumentos contratuais e seus respectivos meios de monitoramento e avaliação, na organização sistêmica da rede hospitalar, condizente com suas complementaridades tecnoassistenciais, e os mecanismos de governança e regulação (SOUZA *et al.*, 2018).



## PARA SABER

---

Para saber mais sobre a Política Nacional de Atenção Hospitalar brasileira, recomendamos a leitura do documento *Política Nacional de Atenção Hospitalar: discussão conceitual de políticas públicas e aplicação prática*, disponível em:

<https://proxy.furb.br/ojs/index.php/rbdr/article/view/6455/4710>

---

## PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE BUCAL

A trajetória brasileira de reorientação do modelo de atenção à saúde bucal na APS é marcada, cronologicamente, por quatro momentos:

- ❖ Primeira Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB), em 1986, seguida da criação da Política Nacional de Saúde Bucal, em 1989, e da segunda CNSB, em 1993;
- ❖ Inserção dos profissionais de odontologia à ESF, em 2000, e aprovação das normas e diretrizes de inclusão das equipes de saúde bucal na ESF, em 2001;
- ❖ Lançamento do Programa Brasil Sorridente, em 2004 (SCHERER; SCHERER, 2015).

A Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente é a maior política pública de saúde bucal do mundo. Desde seu lançamento, em 2004, além da expansão e da criação de novos serviços de saúde bucal, reorientou o modelo assistencial, com a implantação de uma rede assistencial que articula os três níveis de atenção e as ações multidisciplinares e intersetoriais (BRASIL, 2018).

A atenção odontológica no serviço público brasileiro, há anos, caracterizou-se por prestar assistência a grupos populacionais restritos, como os escolares, por meio de programas voltados para as doenças cárie e periodontal. O restante da população ficava excluído e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores. Isso resultava em uma baixa cobertura de atendimento e em uma assistência de baixa resolutividade, alvo de críticas por parte dos atores envolvidos (BRASIL, 2018).

Com o objetivo de superar as desigualdades, foram estabelecidas, em 2004, as diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – Brasil Sorridente. Essas diretrizes visam garantir as ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde bucal dos brasileiros. Essa política visa, ainda, à reorganização da prática e a qualificação das ações e dos serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltadas para os cidadãos de todas as idades, tendo como eixos estruturantes o acesso universal e a assistência integral em saúde bucal.

O Brasil Sorridente apresenta como principais linhas de ação a reorganização da Atenção Básica (especialmente por meio das equipes de Saúde Bucal), da Atenção Especializada ambulatorial (por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias), a adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público e a vigilância em saúde bucal (BRASIL, 2018) □

Essa nova proposta da odontologia, inserida e articulada no SUS, também impôs aos profissionais e ao sistema novos modelos de cuidado. A odontologia é, historicamente, uma profissão que atua no setor privado, em um modelo individual e prioritariamente curativista. No entanto, foi necessário “desprogramar” essa prática e incorporar ações que fortalecessem

o coletivo, a atenção primária e, sobretudo, trabalhar em uma perspectiva de redes de atenção à saúde, com vistas ao fortalecimento e à expansão do Brasil Sorridente (CARRER; JUNIOR; ARAUJO, 2019).

A Atenção Especializada ambulatorial e hospitalar em saúde bucal está associada à consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal. A Atenção Especializada Ambulatorial foi potencializada por meio da criação do CEO e dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária. Por outro lado, a organização de serviços de atenção especializada hospitalar na área odontológica no SUS é incipiente. Os avanços recentes remontam à garantia da oferta de procedimentos em nível hospitalar e à obrigatoriedade da atenção ao câncer de boca nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade (Unacon) e nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon) (BRASIL, 2018). Na Rede de Atenção à Saúde Bucal, definem-se como pontos de Atenção Especializada Ambulatorial e Hospitalar, respectivamente, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os hospitais que realizam atendimento odontológico sob anestesia geral e tratamento do câncer de boca. Na **FIG. 4**, podemos ver a matriz de pontos de atenção à saúde bucal.

**Figura 4 – Matriz de pontos de atenção à saúde bucal**

BRASIL SORRIDENTE		
NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	TERRITÓRIO
ATENÇÃO ESPECIALIZADA HOSPITALAR À SAÚDE (ALTA COMPLEXIDADE)	HOSPITAIS – ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO SOB ANESTESIA GERAL E TRATAMENTO DO CÂNCER DE BOCA	MACRORREGIÃO
ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL À SAÚDE (MÉDIA COMPLEXIDADE)	CENTROS ESPECIALIZADOS ODONTOLÓGICOS	MICRORREGIÃO
ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	UBS	ÁREA DE ABRANGÊNCIA / MICROÁREA

Fonte: Brasil (2018, p. 28).

A literatura mostra que, após uma década de implantação do Programa Brasil Sorridente, os principais problemas e dificuldades no trabalho das equipes de saúde bucal não são exclusivos da odontologia. A rigor, acompanham a realidade do trabalho das equipes da ESF

(SCHERER; SCHERER, 2015). Embora ainda existam desafios diversos, próprios de um resultado em construção, é destacável o avanço em relação aos processos de gestão, financiamento, organização e provisão de serviços de saúde bucal no país. O Brasil Sorridente é, portanto, a política de saúde bucal do SUS, com progressivas articulações transversais em ações dentro do Ministério da Saúde, junto a outros ministérios. Essas ações buscam o enfrentamento das iniquidades e geram acesso a populações em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2018).

O processo de trabalho dentro de uma rede assistencial organizada por meio de diferentes níveis de governança exige uma base populacional e uma base territorial para atuação dos serviços. Nesse sentido, a assistência bucal na rede pode ter organização local, distrital, municipal ou regional e ser composta por Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Centros de Apoio Diagnóstico (CAD), Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), farmácias e hospitais de referência (BRASIL, 2018).



## PARA SABER

Para saber mais sobre a Assistência a saúde bucal, recomendamos o documento do Ministério da Saúde *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde*, disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf)

## PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL

Os movimentos de reforma psiquiátrica que se desenvolveram em diversos países no pós-Segunda Guerra Mundial questionaram as práticas manicomiais destinadas aos sujeitos em sofrimento mental e buscaram incentivar a reorientação do cuidado ofertado nos sistemas de saúde. A experiência brasileira de implementação do novo modelo de cuidado em saúde mental objetivou ofertar um novo lugar social para o sofrimento mental, orientado pelo paradigma psicossocial, que toma como centralidade o sujeito em suas diversas dimensões, dentro de um contexto sociocomunitário (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada como proposta organizativa dos serviços de saúde mental no país. Tem o objetivo de integrar o cuidado ordenado a partir da articulação de serviços de base territorial nos diversos níveis e pontos de atenção do SUS. Considera a responsabilização compartilhada e interdisciplinar dos casos como elemento capaz de influenciar os padrões hierarquizados, piramidais e fragmentados e de promover fluxos

contínuos de cuidado nos espaços tecnológicos adequados (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021). A RAPS se apoia na Política Nacional de Saúde Mental, que compreende princípios e diretrizes adotadas pelo país para organizar as ações de promoção de saúde mental, prevenção de agravos, assistência e cuidado, bem como reabilitação e reinserção das pessoas com transtornos mentais e/ou com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2021).

A proposta organizacional da RAPS para a saúde mental, oriunda do modelo das RAS, compreende componentes de diversos níveis de densidade tecnológica: APS, na qual estão alocadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as Equipes de Consultórios na Rua e os Centros de Convivência e Cultura; Atenção Especializada, que conta com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas modalidades – CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad II, CAPS ad III e CAPS infanto-juvenil – definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar, composta por leitos/enfermarias de saúde mental em hospital geral e pelo serviço hospitalar de referência; Estratégias de Desinstitucionalização, como os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa; e Reabilitação Psicossocial através de empreendimentos solidários e cooperativas sociais (LIMA; GUIMARÃES, 2019b). Trata-se de uma rede diversificada, a qual busca abranger toda a complexidade das demandas, desde as mais simples até as mais complexas, de forma integrada e complementar (BRASIL, 2021).

A implementação do novo modelo de cuidado em saúde mental no Brasil tem demonstrado substanciais avanços e reconhecimentos. A inversão do gasto em saúde mental - com estímulo financeiro aos serviços substitutivos -, o fechamento de leitos psiquiátricos dos hospitais monovalentes e a expansão dos serviços comunitários, o desenvolvimento de práticas de cuidado inovadoras e a participação ativa dos usuários e a reivindicação por direitos são algumas das transformações alcançadas (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021). Lima e Guimarães (2019) apontam, também, como êxitos da saúde mental/atenção psicossocial brasileira na última década o aumento da acessibilidade ao cuidado em saúde mental, a criação e a ampliação de dispositivos substitutivos e iniciativas de geração de emprego e renda articuladas às políticas de economia solidária, o aprofundamento do processo de expansão e regionalização da rede de serviços (LIMA; GUIMARÃES, 2019b).

Mesmo diante dos avanços transformadores, persistem ainda desafios para a efetivação do processo de desinstitucionalização e de consolidação dos cuidados em saúde mental em meio aberto. Dentre as principais dificuldades em curso, Sampaio e Bispo Júnior (2021) destacam a insuficiência e distribuição desigual dos serviços, o subfinanciamento, a fragilidade na

articulação intra e intersetorial, o estigma atribuído ao sujeito em sofrimento mental e as dificuldades de (re)inserção social (SAMPAIO; BISPO JÚNIOR, 2021). Lima e Guimarães (2019) apontam a dificuldade de articulação da RAPS e a atribuem à desarticulação entre os serviços de atenção especializada e a atenção básica. Como resposta para esse problema, os autores evidenciam a interdisciplinaridade e a intersetorialidade enquanto alternativas para fazer fluir o cuidado e as relações em rede (LIMA; GUIMARÃES, 2019a).



## PARA SABER

Para saber mais sobre a Rede de atenção psicossocial, recomendamos a leitura do artigo “*A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental?*”, disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QK3J4xBsBVYGNT3ZBJcqhH/?format=pdf&lang=pt>

## ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990, responsável por estabelecer diretrizes para a organização dos serviços de saúde, ratifica que o SUS abrange a execução de ações de assistência terapêutica, inclusive farmacêutica, assim como a formulação da política de medicamentos. Nesse contexto, a Assistência Farmacêutica (AF) tem um papel dinamizador na organização dos sistemas de saúde, uma vez que atua de forma transversal entre os serviços e contribui para a consolidação de vínculos com a população (CONASEMS, 2021).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada pela Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, definiu a assistência farmacêutica como um “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade”. Conforme Vieira (2010), para o Brasil,

O termo Assistência Farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que situam como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento em suas diversas dimensões, com ênfase à relação com o paciente e a comunidade na visão da promoção da saúde (VIEIRA, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma política farmacêutica nacional é [...] um compromisso com um objetivo e uma guia para ação. Expressa e prioriza as metas de



médio e longo prazo estabelecidas pelo governo para o setor farmacêutico e identifica as principais estratégias para alcançá-las. Fornece uma estrutura dentro da qual as atividades do setor farmacêutico podem ser coordenadas. Abrange os setores público e privado e envolve todos os protagonistas no âmbito farmacêutico.

A OMS aponta, ainda, que os principais objetivos de uma política farmacêutica são promover: o acesso a medicamentos que incluem uma disponibilidade equitativa; a qualidade, a inocuidade e a eficácia de todos os medicamentos; e a promoção do uso terapêutico, racional e economicamente eficiente dos medicamentos por parte dos profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 2020).

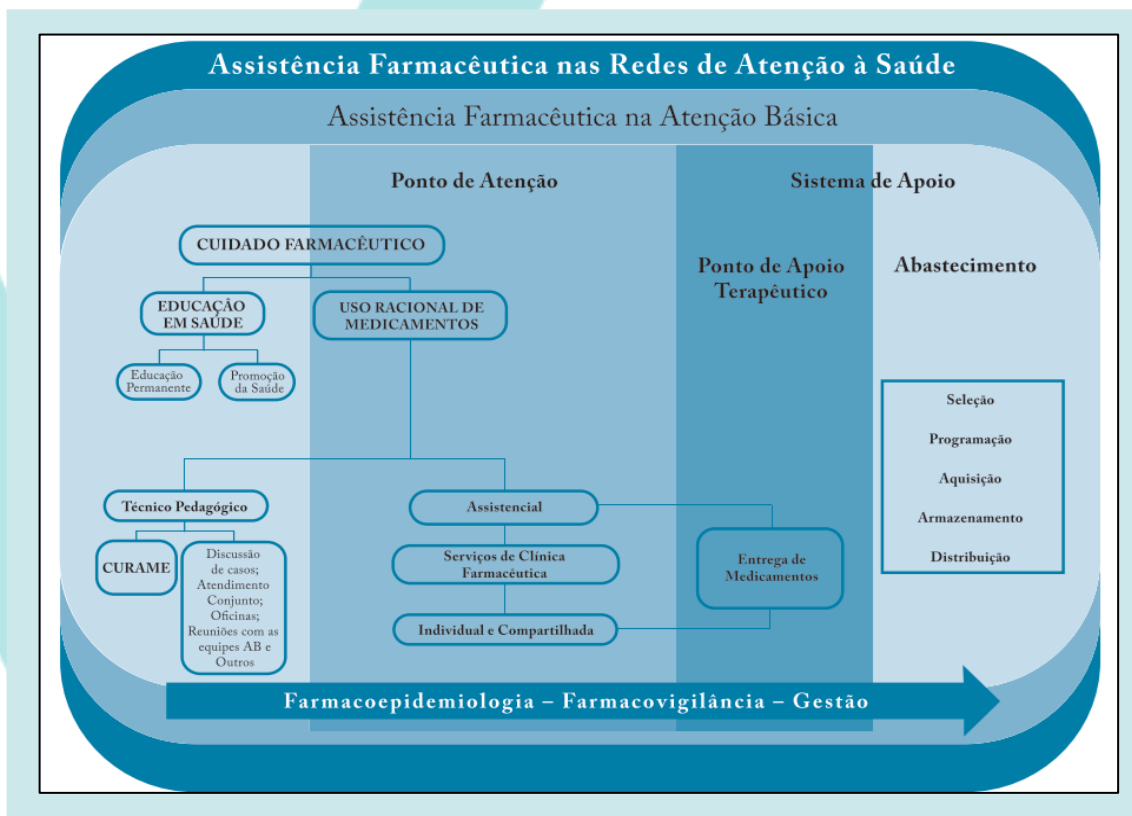
A organização do SUS em RAS, sob coordenação da Atenção Básica/Primária em Saúde tem se colocado como resposta à superação da fragmentação sistêmica e do modelo de atenção à saúde baseado em ações curativas e centrado no médico. Nesse contexto, é fundamental a integração sistêmica da AF às RAS, por meio da oferta dos serviços farmacêuticos que englobam atividades técnico-gerenciais enquanto apoio à rede e, nos diferentes pontos de atenção da rede, o cuidado farmacêutico, sob a dimensão clínico-assistencial e técnico-pedagógica do trabalho em saúde voltado ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde (BRASIL, 2020).

A Portaria nº 4.279/2010 estabelece a AF como um Sistema de Apoio à RAS, que englobaria a organização das seguintes etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos. Enquanto sistema de apoio, entende-se como fundamental a qualificação das atividades técnico-gerenciais a serem desenvolvidas, as quais devem estar integradas e sincronizadas com vistas à garantia do abastecimento dos medicamentos, nas diferentes unidades funcionais, com suficiência, regularidade e qualidade para atender às necessidades singulares da RAS (BRASIL, 2020).

A AF é constituída por componentes de caráter técnico, científico, de inovação tecnológica e operativa, tendo como objetivo fortalecer a relação mútua entre o usuário e o prestador da atenção à saúde, e sendo organizada através de distintos níveis de complexidade, segundo a necessidade populacional e as finalidades dos serviços de saúde (CONASEMS, 2021). A Política Nacional de Atenção Básica aponta como diretrizes da assistência farmacêutica na atenção básica o desenvolvimento de ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar

estadual, municipal, da União ou do Distrito Federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando à integralidade do cuidado (BRASIL, 2020).

**Figura 5 - Serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**



Fonte: Brasil (2014, p.56).

O farmacêutico da Atenção Básica é um profissional que deve estar integrado com a RAS, conformando os serviços de farmácia nesse âmbito assistencial. Seu papel está voltado à melhoria da segurança, efetividade e eficiência do uso de medicamentos em nível individual e populacional, facilitando a tomada de decisões clínicas dos profissionais e sobre o próprio paciente (CONASEMS, 2021). De acordo Ministério da Saúde, o cuidado farmacêutico constitui a ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos. Visa à educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, de terapias alternativas e complementares, por meio dos serviços da clínica farmacêutica e das atividades técnico-pedagógicas voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde (BRASIL, 2014).

A dimensão clínico-assistencial engloba um grupo amplo de ações integradas à equipe de saúde, com foco na promoção e na recuperação da saúde e prevenção de agravos. Tais ações podem estar relacionadas ao processo de uso de medicamentos, como aconselhamento

farmacoterapêutico e revisão da farmacoterapia, ou centradas na avaliação dos resultados do tratamento medicamentoso, conhecidas como atividades cognitivas avançadas, relacionadas à farmacovigilância, à avaliação do estado atual da

doença, ao acompanhamento farmacoterapêutico, dentre outras. Já a dimensão técnico-pedagógica envolve atividades relacionadas à educação em saúde e ao compartilhamento de saberes, no que diz respeito à promoção do uso adequado e seguro de medicamentos, podendo ser voltadas para os indivíduos e coletividades ou também para outros profissionais de saúde (CONASEMS, 2021).

Outro marco importante na execução das políticas farmacêuticas que merece destaque é o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), instituído pelo governo federal, em 2004, com o objetivo de ampliar o acesso a medicamentos básicos e essenciais pela população, diminuindo o impacto dos gastos com medicamentos no orçamento familiar. Destaca-se, também no âmbito das políticas farmacêuticas no Brasil, a instituição, por meio do Decreto nº 5.813/2006, da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF), cujo objetivo é “garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional” (BRASIL, 2020).



## PARA SABER

Para saber mais sobre a Assistência Farmacêutica, recomendamos o capítulo 2 do documento produzido pelo Ministério da Saúde, intitulado *Assistência Farmacêutica: da organização ao acesso a medicamentos e os desafios de sua integração à rede de atenção do SUS*, disponível em:

[https://assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/AF\\_na\\_gestao\\_municipal\\_nivel\\_superior\\_vol1.pdf](https://assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/AF_na_gestao_municipal_nivel_superior_vol1.pdf)

## VIGILÂNCIA À SAÚDE

A criação e a implementação do SUS descortinou a complexidade da situação epidemiológica do país, caracterizada pela tripla carga de doenças na população: permanência de doenças agudas, aumento do peso relativo das condições crônicas e das causas externas. Naquele momento de reorientação das políticas de saúde, buscou-se uma interlocução maior entre os controles de ‘causas’, ‘riscos’ e ‘danos’ por meio da redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades e das relações técnicas e sociais (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

As primeiras medidas de saúde pública, no Brasil, ocorreram no final do século XIX. Desse ponto da história até os dias atuais algumas ações foram emblemáticas para a criação das práticas de vigilância em saúde. No QUADRO 1 abaixo podemos ver a evolução da vigilância em saúde no Brasil (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

**Quadro 1 - Evolução da vigilância em saúde no Brasil**

Ano	Evento
1998	Promulgada a primeira Regulamentação dos Serviços de Saúde dos Portos, com o objetivo de prevenir a chegada de epidemias e possibilitar o intercâmbio seguro de mercadorias. Instituída a quarentena dos navios.
1904	Revolta da Vacina, rebelião popular cujo estopim foi a vacinação obrigatória.
Década de 40	Programas foram organizados sob a forma de serviços nacionais, encarregados de controlar doenças prevalentes, como a febre amarela, a malária, a tuberculose e a peste bubônica.
1968	Criação de um sistema de notificação regular para o monitoramento da situação epidemiológica de um conjunto de doenças pelo Centro de Investigações Epidemiológicas (CIE) da Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP).
1975	Criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica.
1976	Criação, no âmbito do Ministério da Saúde, da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária.
Década de 80	Intensificação do processo de mudanças na Constituinte. Criação do SUDS.
Década de 90	Reorganizada a área de epidemiologia e controle de doenças, com a extinção do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) e a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde.
Década de 90	Reorganizada a área de epidemiologia e controle de doenças, com a extinção do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI) e a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde.
1999	Definido o sistema nacional de vigilância sanitária e implantada a área técnica de vigilância em saúde ambiental.

2002	Organizada de forma descentralizada e regionalizada a vigilância em saúde do trabalhador.
2004	Publicação da Portaria GM/MS nº 1.172 e aprimoramento do processo de descentralização das ações de vigilância em saúde.
2007	Publicação da Portaria GM/MS nº 1.956/07, que transfere a gestão da saúde do trabalhador da Secretaria de Atenção à Saúde para a Secretaria de Vigilância em Saúde
2009	Publicação da Portaria GM/MS nº 3.252/09, aprova diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios e define vigilância em saúde como análise permanente da situação de saúde da população.
2013	Publicação da Portaria GM/MS nº 1.378, que amplia o escopo das ações de vigilância em saúde, potencializando o processo de descentralização, junto a estados e municípios, de acordo com o Pacto pela Saúde.

**Fonte:** Guimarães e colaboradores (2017, p. 1409).

A Vigilância em Saúde enquanto modelo de atenção caracteriza-se pela intervenção sobre problemas de saúde, com ênfase naqueles que requerem atenção e acompanhamento contínuos, operacionalização do conceito de risco, articulação entre as ações de promoção, prevenção e assistenciais, com atuação intersetorial e sobre um território. Portanto, a vigilância em saúde valoriza a regionalização e a hierarquização dos serviços, tentando dar conta do princípio da integralidade (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

A Política Nacional de Vigilância em Saúde é uma política pública de estado e função essencial do SUS, tendo caráter universal, transversal e orientador do modelo de atenção nos territórios, sendo a sua gestão de responsabilidade exclusiva do poder público (CNS, 2018).

Nesse contexto, a vigilância em saúde pode ser definida como:



## GLOSSÁRIO

Vigilância em saúde: É a observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la (SILVA; PHILIPPI, 2010).

Os pilares de sustentação do processo de trabalho da vigilância da saúde são:

- ❖ Os problemas de saúde (doenças, doentes, necessidades e determinantes sociais da saúde – riscos, causas e danos);
- ❖ O território – espaço de relações (poderes) e da produção/reprodução social;
- ❖ A intersectorialidade possibilidade de interação e integração de diferentes setores responsáveis pela produção de saúde; e
- ❖ Práticas sanitárias, junção do trabalho prescrito com o não prescrito, ambos voltados para a melhoria da saúde da população (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Essa forma de pensar e agir em saúde implica processo contínuo de coleta, análise e sistematização de dados (demográficos, socioeconômicos, políticos, culturais, epidemiológicos e sanitários) para produzir informação para ação (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

Para Silva Philipi (2010), os principais objetivos da Vigilância são:

- a) Identificar novos problemas de saúde pública;
- b) Detectar epidemias;
- c) Documentar a disseminação de doenças;
- d) Estimar a magnitude da morbidade e mortalidade causadas por determinados agravos;
- e) Identificar fatores de risco que envolvem a ocorrência de doenças;
- f) Recomendar, com bases objetivas e científicas, medidas necessárias para prevenir ou controlar a ocorrência de específicos agravos à saúde;
- g) Avaliar o impacto de medidas de intervenção por meio de coleta e análise sistemática de informações relativas ao específico agravo, objeto dessas medidas;
- h) Avaliar a adequação de táticas e estratégias de medidas de intervenção, com base não só em dados epidemiológicos, mas também nos referentes à sua operacionalização;
- i) Revisar práticas antigas e atuais de sistemas de vigilância, com o objetivo de discutir prioridades em saúde pública e propor novos instrumentos metodológicos (SILVA; PHILIPPI, 2010).

A vigilância em saúde deve integrar ao processo de trabalho as ações da vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e de saúde do trabalhador, buscando atuação de forma complementar e junto com as equipes da atenção básica, que devem se reconhecer como agentes de vigilância na identificação dos riscos, das populações vulneráveis, propondo e fazendo intervenções para controle, prevenção e promoção à saúde (FERREIRA; VON ZUBEN, 2020).



## GLOSSÁRIO

---

**Vigilância em saúde ambiental:** conjunto de ações e serviços que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente os quais interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção à saúde, prevenção e monitoramento dos fatores de riscos relacionados às doenças ou agravos à saúde.

**Vigilância em saúde do trabalhador e da trabalhadora:** conjunto de ações que visam à promoção da saúde, prevenção da morbimortalidade e redução de riscos e vulnerabilidades na população trabalhadora, por meio da integração de ações que intervenham nas doenças e agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento, de processos produtivos e de trabalho.

**Vigilância epidemiológica:** conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, transmissíveis e não transmissíveis, e agravos à saúde.

**Vigilância sanitária:** conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços do interesse da saúde. Abrange a prestação de serviços e o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, relacionem-se com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, desde a produção até o consumo e o descarte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

---

É importante destacar que o reconhecimento do território, por meio da territorialização de informações, compõe, portanto, o conjunto de ferramentas básicas da vigilância da saúde e dá suporte ao planejamento estratégico-situacional, cuja natureza é participativa, realizado de forma contínua e ascendente a partir de um território definido (GUIMARÃES *et al.*, 2017).

A Estratégia Saúde da Família busca uma prática que garanta a promoção da saúde, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a prevenção e a responsabilidade pela saúde da população com ações permanentes de vigilância em saúde. A partir da vigilância em saúde, as Equipes de Saúde da Família poderão organizar e desenvolver ações programadas e de demanda espontânea. As ações planejadas com base na notificação de doenças e agravos contribuirão para a elaboração de indicadores locais de saúde, os quais poderão orientar o desenvolvimento das ações e, gradativamente, propiciar mudanças que melhorem a qualidade de vida da comunidade (SILVA; PHILIPPI, 2010). Portanto, é preciso compreender a importância da ação conjunta de diversas disciplinas, para que a decisão tomada seja adequada ao território onde será implementada (GUIMARÃES *et al.*, 2017).



## RESUMO DA UNIDADE

---

Nesta unidade, pudemos conhecer um pouco mais sobre importantes políticas que compõem o SUS. Revisitamos o conceito de Atenção primária a saúde e sua importância como nível de atenção com potencial de resolutividade direta de até 90% da demanda comunitária, como também auxilia a condução clínica e o manejo terapêutico de pacientes com demanda de saúde especializada. Como seguimento desse cuidado, discutimos sobre o atendimento especializado ambulatorial e como esse serviço tem sido desenvolvido ao âmbito do SUS.

Pudemos discutir sobre as políticas de saúde bucal e de saúde mental como duas políticas de grande importância para a saúde da população, tendo sua execução sempre vinculada à Atenção Primária, que é a porta de entrada das Redes de Atenção a Saúde. Entendemos um pouco mais sobre a Política de Assistência Farmacêutica e o papel desse serviço como sistema de apoio para as RAS. Por fim, compreendemos um pouco mais sobre a Vigilância em Saúde e seus componentes.



# **UNIDADE VI**

**POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA  
AO IDOSO**



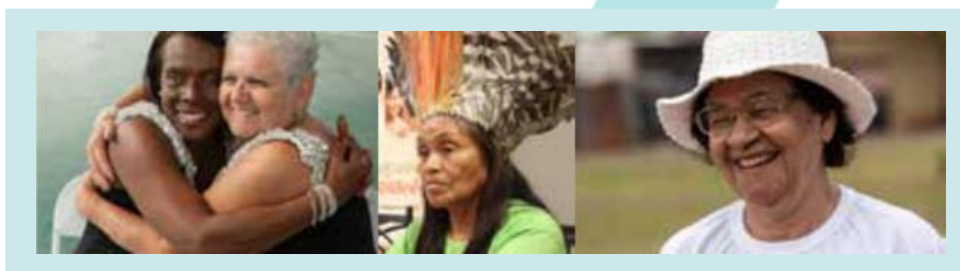
## METAS

Nesta unidade estudaremos as políticas de saúde e assistência ao idoso, tema tão importante no contexto de saúde mundial, em função do aumento da expectativa de vida das pessoas. No contexto do Serviço Único de Saúde (SUS), conheceremos um pouco mais sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Estudaremos, também, as políticas de saúde voltadas para os povos indígenas. Entenderemos como os povos indígenas eram vistos pelos serviços de saúde antes do SUS e o que mudou após sua implantação. Abordaremos, então, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos indígenas e se realiza o cuidado em saúde dessa população na atualidade. Neste módulo trataremos, ainda, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Compreenderemos como a saúde da mulher foi focada em sua dimensão procriativa até a década de 1970 e como esse olhar foi ampliado para uma perspectiva integral com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Por fim, faremos uma análise sobre os avanços, dilemas e impasses do SUS na atualidade, bem como sobre a Reforma Sanitária enquanto um movimento inacabado, capaz de direcionar os esforços para o fortalecimento e a melhoria do SUS.

Bons estudos!

## POLÍTICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA AO IDOSO

Figura 1



Fonte: Brasil (2014, p. 12.)

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), até 2025 o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Para isso, é necessário que o SUS esteja apto a lidar com essa população específica (BRASIL, 2014). A construção de políticas e programas voltados para atender especificidades do processo de envelhecimento vem ao encontro do aumento da expectativa de vida e da busca por um envelhecimento saudável (AMORIM; PESSOA, 2014).

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas e, especialmente, das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade (AMORIM; PESSOA, 2014). Essa elevação da ocorrência de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) vem causando grande impacto no SUS. Associadas às mudanças do perfil etário da população brasileira, ocorreram mudanças na composição das famílias brasileiras, no papel da mulher no mercado de trabalho, na queda da taxa de fertilidade e na nupcialidade, resultando em novos desafios a serem enfrentados em relação ao cuidado com população idosa, dirigidos principalmente às políticas de saúde, da assistência social e da previdência social (BRASIL, 2014).

Em razão das mudanças acima descritas, diversas estratégias com o intuito de atender melhor a população de idosos vêm sendo desenvolvidas. Compreender a evolução de tais políticas é garantir a integralidade do cuidado, atendendo toda a demanda do sistema de forma acolhedora, sendo capaz de dar respostas adequadas e resolutivas (TORRES *et al.*, 2020). Para orientar as ações setoriais e intersetoriais no campo do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa, foram elaborados e publicados marcos legais e normativos. Exemplo importante é a Política Nacional do Idoso, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, que prevê a garantia dos direitos sociais à pessoa idosa, definida como a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2014). Em 1999, o Ministério da Saúde anunciou a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), determinando que seus órgãos e entidades relacionados ao tema promovessem a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades estabelecidas nessa política.

A PNSI assumia que o principal problema que pode afetar o idoso é a perda de sua capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária. Tomava como pressuposto o princípio constitucional de que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar aos idosos todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e direito à vida (TORRES *et al.*, 2020).

Em 2003, com a publicação do Estatuto do Idoso, foram reafirmados os direitos das pessoas idosas, cabendo à Saúde garantir atenção integral a essa população, por intermédio do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2014). Integrando o Pacto pela Saúde (2006), o Pacto em Defesa da Vida é de responsabilidade das três esferas do governo e tem seis prioridades, das quais se pode destacar, para o contexto da pessoa idosa, a saúde do idoso, a promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção

Básica (AMORIM; PESSOA, 2014). Tal pactuação trouxe a atenção à saúde do idoso para o topo da lista de objetivos e, como meta prioritária, a implantação da PNSPI, regulada pela Portaria MS/GM nº 2.528/2006. Essa nova política, com diretrizes semelhantes às do Pacto pela Saúde, teve como principal propósito a atenção integral ao idoso (TORRES *et al.*, 2020).

A PNSPI define que a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico e funcional da população idosa deve ser baseada na avaliação da capacidade funcional, individual e coletiva. Aqui, a funcionalidade é entendida como algo além das doenças, a qual considera todos os aspectos funcionais do indivíduo que envelhece, desde a saúde física e mental até as condições socioeconômicas e a capacidade de autocuidado.

Desse modo, o cuidado integral se torna imprescindível no desenvolvimento das ações de saúde do idoso (AMORIM; PESSOA, 2014). A PNSPI estabelece como suas diretrizes:

- ✦ Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- ✦ Atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa;
- ✦ Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- ✦ Provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- ✦ Estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social;
- ✦ Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- ✦ Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- ✦ Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- ✦ Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2014).

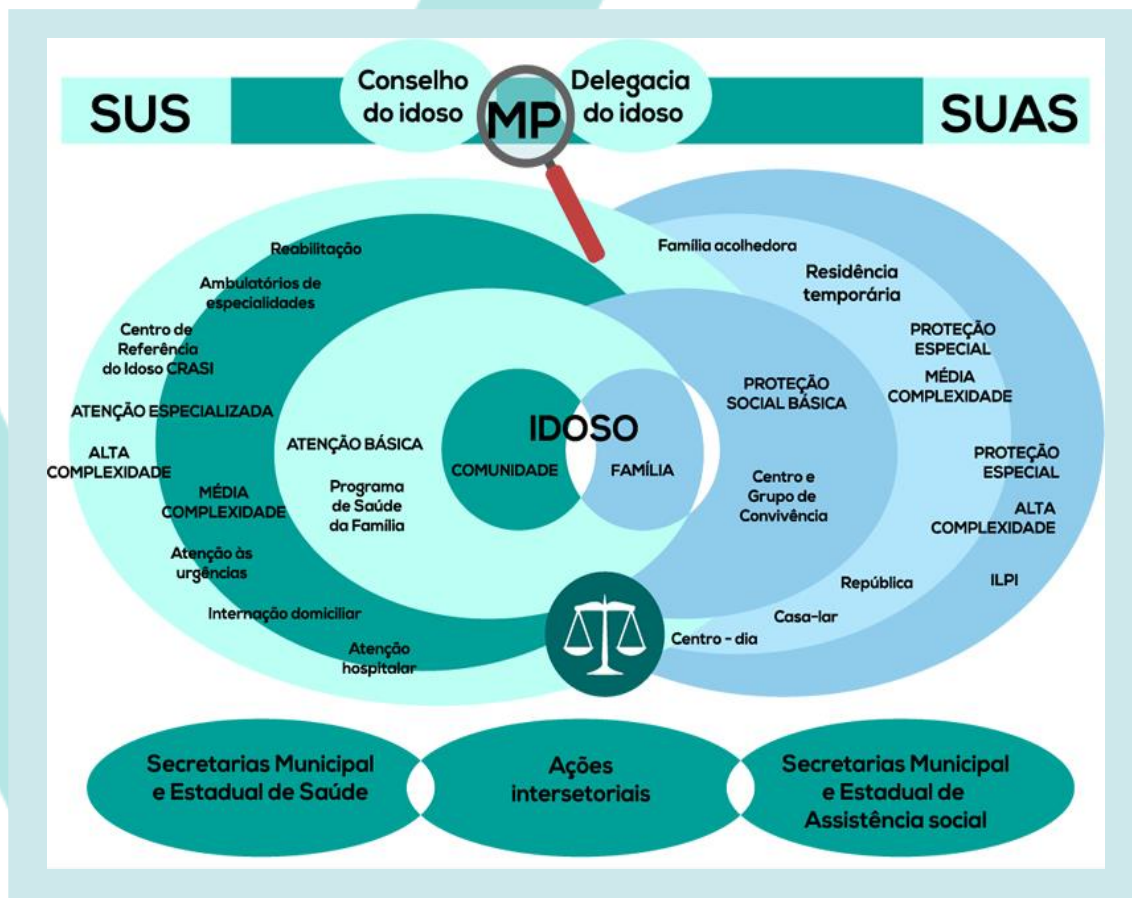
A agenda estratégica do Ministério da Saúde para o período 2011-2015 contempla, como um de seus objetivos estratégicos, o cuidado da população idosa. Nesse contexto, a Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa define, como uma de suas prioridades, a construção de uma proposta de Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa, com o objetivo de contribuir para a organização da atenção e ampliação do acesso qualificado da população

idosa no âmbito do SUS (BRASIL, 2014). Esse modelo apresenta as diretrizes e estratégias para potencializar ações e serviços dirigidos às pessoas idosas já desenvolvidas nos territórios, de forma que sejam reconhecidos e articulados diferentes pontos de atenção, compondo a **Rede de Atenção às Pessoas Idosas**, tendo a Atenção Básica como coordenadora dessa ação. Tal atenção deve ser baseada nas necessidades da população, centrada no indivíduo, considerando sua integração à família e à comunidade.

A especificidade e a heterogeneidade nos processos de envelhecer devem ser consideradas a partir dos determinantes sociais da saúde, considerando, ainda, as diferenças de gênero e raça, buscando a equidade e a resolutividade do cuidado a ser ofertado (BRASIL, 2014). A Rede de Atenção à Saúde do Idoso é uma rede integrada que visa adequar a atenção à população idosa de forma a atendê-la plenamente, incluindo suas necessidades sociais. A base para operacionalizar os sistemas de informações em saúde é o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que permite ao gestor conhecer a rede assistencial existente e sua potencialidade e disponibiliza informações das condições de infraestrutura e funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas (AMORIM; PESSOA, 2014).

A implantação do modelo deve ser pactuada entre as três esferas do SUS, investindo no desenvolvimento da capacidade de gestão para planejar, monitorar e avaliar o desempenho da atenção ofertada. A organização do cuidado das pessoas idosas deve ser articulada em rede, no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas. A organização e o financiamento desse cuidado deverão ser pactuados nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2014).

Figura 2 - Estruturas de uma Rede Assistencial à Pessoa Idosa (Interface SUS-SUAS).



Fonte: Amorim; Pessoa (2014).

As alterações sofridas na política de atenção ao idoso ao longo do seu processo de implantação foram proporcionando maior aporte de direitos a essa população, embora sua implementação seja lenta e gradativa. As ações necessárias para dar consequência às diretrizes da PNSPI requerem o compartilhamento de responsabilidades com outros setores.

Nesse sentido, os gestores do SUS devem estabelecer processos de articulação permanente em suas respectivas áreas de abrangência, visando a parcerias e integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos (TORRES *et al.*, 2020).



## PARA SABER

Para saber mais sobre a evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde, recomendamos o artigo de Torres e colaboradores (2020), disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/XqzFgPPbgmsKyJxFPBWgB3K/?Format=pdf&lang=pt>.

## POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA OS POVOS INDÍGENAS

Figura 3



Fonte: Brasil (2009, p.53.)

No Brasil, segundo o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), vivem mais de 890 mil índios, distribuídos em todos os estados e correspondendo a 0,4% da população brasileira. Esse grupo, distribuído em 505 terras indígenas, ocupa 12,5% do território nacional.

Apesar do contingente populacional não tão expressivo em relação ao total da população brasileira, esses povos apresentam imensa sociodiversidade, incluindo 305 grupos étnicos falantes de 274 idiomas (MENDES *et al.*, 2018).

Antes da reformulação da Constituição brasileira, em 1988, os povos indígenas eram tutelados pelo Estado. A Constituição de 1988 teve grande impacto sobre a criação de políticas públicas voltadas aos povos indígenas, considerando a iniciativa de retirar de seu texto a tutela para torná-los cidadãos de fato e de direito. Entre os direitos concedidos está a garantia de atenção diferenciada à saúde (MENDES *et al.*, 2018).

No Brasil, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde Indígena (CNPSI), realizada em 1986, foi um dos primeiros momentos em que o Estado ouviu diferentes lideranças indígenas para discutir propostas relacionadas à formulação de diretrizes voltadas à saúde desses povos, assumindo como legítimas suas necessidades e especificidades e tendo como foco a APS (MENDES *et al.*, 2018). Em 1993, foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Indígena, cujos debates refletiram pontos edificantes que resultariam na Lei Arouca (Lei nº

9.836/99), responsável pela instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), organizado na forma de sistemas locais de saúde em territórios indígenas (BRASIL, 2009; PONTES; MACHADO; SANTOS, 2021).

Em 1999, por meio da Lei nº 9.836, foi instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), passando a gestão da saúde indígena para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). O SASI tinha como missão instituir, no âmbito territorial indígena, a APS e a continuidade da assistência nos diferentes níveis de atenção, atendendo às especificidades de cada povo, respeitando seus saberes tradicionais e garantindo a participação e o controle social no processo de gestão. A partir da criação do SASI, foi elaborada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (MENDES *et al.*, 2018).

A PNASPI foi instituída em 2002, pela Portaria nº 254, de 31 de janeiro do mesmo ano, e exigiu a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados à proteção, à promoção e à recuperação da saúde - que assegurasse aos índios o exercício de sua cidadania (BRASIL, 2009). Essa política deveria ser implementada de acordo com os princípios do SUS, dando ênfase à descentralização das ações e dos recursos e a universalidade, integralidade, equidade e participação social, com destaque para as questões relacionadas à diversidade cultural, étnica, geográfica, epidemiológica, histórica e política (MENDES *et al.*, 2018).

Para a efetivação dessa política, a FUNASA criou uma imensa rede de serviços nas terras indígenas, visando suprir as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do SUS pelos índios (BRASIL, 2009). Com o propósito de garantir participação indígena em todas as etapas de formulação, implantação, avaliação e aperfeiçoamento da

Política, a elaboração dessa proposta contou com a participação de representantes das organizações indígenas, com experiência de execução de projetos no campo da atenção à saúde junto a seu povo (PONTES; MACHADO; SANTOS, 2021). A participação social se dá por meio dos conselhos locais - geralmente situados em uma aldeia ou grupo de aldeias em determinada terra indígena - e distritais de saúde indígena, que apoiam a regulamentação da gestão dos distritos e levam as discussões locais para as conferências distritais. A escolha dos conselheiros é feita pelas comunidades indígenas. A partir daí, as discussões se ampliam nas Conferências Nacionais de Saúde Indígena (MENDES *et al.*, 2018).

A PNASPI prevê uma atuação coordenada entre órgãos e ministérios, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu propósito. Nesse sentido, as secretarias estaduais e municipais de Saúde devem atuar de forma complementar na execução das iniciativas, em articulação com o Ministério da Saúde e a FUNASA (BRASIL, 2009). Em 2010, foi aprovada



a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Trata-se de um órgão responsável, unicamente, pela saúde indígena que, até então, havia sido coordenada por setores dentro de outros órgãos ou instituições que tinham atribuições mais amplas (MENDES *et al.*, 2018).

Considerando a relativa escassez de dados demográficos e epidemiológicos sobre os povos indígenas do país - quando comparados aos dados disponíveis para o restante da população brasileira -, é evidente o quadro de marcantes desigualdades que persistem após quase 20 anos de existência do subsistema. Alguns importantes indicadores, como a mortalidade geral, materna, número de internações e óbitos por doenças respiratórias e doenças infecciosas e parasitárias na infância e doenças transmissíveis colocam a saúde indígena em franca desigualdade (MENDES *et al.*, 2018).

O quadro de precariedade se confirma no Inquérito Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, que registrou elevadas prevalências de anemia (atingindo, além das crianças, as gestantes) e desnutrição, principalmente entre menores de cinco anos, contrastando com a obesidade e o sobrepeso encontrados nas mulheres adultas. O perfil aponta para a importância crescente das doenças crônicas não transmissíveis para os povos indígenas, além da precariedade das condições sanitárias e taxas elevadas de internação de crianças por diarreia e infecções respiratórias, o que indica a baixa resolutividade das ações na APS (MENDES *et al.*, 2018).

Outra dificuldade relacionada à implementação dessa política se refere ao uso do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), restrito aos profissionais e gestores que o utilizam. Além da limitação de acesso às informações, destacam-se os problemas relativos à confiabilidade dos dados e à comunicação com os demais sistemas de informação do SUS. Isso dificulta o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações da PNASPI e, conseqüentemente, a situação de saúde da população indígena (MENDES *et al.*, 2018).

Segundo Mendes e colaboradores (2018), um balanço do processo de implementação da PNASPI no Brasil mostra-se pouco produtivo, e talvez nem sequer factível. Houve, por certo, avanços importantes, com ganhos reais no cenário da saúde indígena no país. No entanto, em termos gerais, os dados disponíveis seguem apontando para enormes distâncias entre o que a PNASPI prevê e a precariedade com que ela se concretiza no cotidiano vivido pelos povos indígenas (MENDES *et al.*, 2018).



## PARA SABER

Para saber mais sobre a Política de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas no contexto do Sistema Único de Saúde, recomendamos o artigo de Mendes e colaboradores (2018), disponível em:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49563/v42e1842018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

## POLÍTICAS DE SAÚDE E CUIDADO INTEGRAL DA MULHER

Figura 4



Fonte: <https://www.youtube.com/watch?v=LA-976Oyiq8>.

A saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às questões relacionadas à gestação e ao parto (GARCIA, 2013). Até a década de 70, a saúde da mulher era tomada como objeto das políticas públicas de saúde apenas em sua dimensão procriativa, especialmente no que se refere aos cuidados voltados ao ciclo gravídico-puerperal, enfatizando-se a visão da mulher como mãe (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009). Até aquele momento, os programas materno-infantis traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (GARCIA, 2013).

A década de 70, no Brasil, foi o ponto de partida para a formulação de questões essenciais no campo das transformações culturais e políticas no âmbito dos direitos das mulheres. *Slogans* como “nosso corpo nos pertence” e o “pessoal é político” passaram a ser insígnias que legitimaram as reivindicações das mulheres, traduzindo-se, ao longo dos anos seguintes, em transformações no âmbito das leis e das políticas públicas (SOUTO; MOREIRA, 2021).

Em 1983, a normatização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) rompe com o termo “materno-infantil” e passa a usar o termo “integralidade”. Institucionalmente, modificou-se, também, a estrutura do Ministério da Saúde, em que a “área técnica materno-infantil” tornou-se “área técnica de saúde da mulher” (SOUTO; MOREIRA, 2021). O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (GARCIA, 2013).

Conforme Souto e Moreira (2021), esse programa significou um rompimento com uma abordagem controlista, que culpabilizava os corpos grávidos das mulheres pobres. Em resposta, o programa passou a trabalhar os direitos reprodutivos, o direito à concepção e à contracepção com assistência, segurança e autonomia, como decisão da mulher sobre quando, como e quantos filhos deseja ou não ter (SOUTO; MOREIRA, 2021). Nesse contexto, Medeiros e Guareshchi (2009) enfatizam que o programa representa um marco histórico nas políticas públicas, em que a integralidade passa a ser vista como resultado de uma atitude ética e técnica dos profissionais e de uma adequação da estrutura dos serviços de saúde (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica a necessidade de se articular com outras áreas técnicas e de propor novas ações para a atenção das mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias, lésbicas, e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente (GARCIA, 2013). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi elaborada pela Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, em 2004, a partir da necessidade de contar com diretrizes técnico-políticas para a atenção à saúde das mulheres no país (CASTRO; SIMONETTI; ARAÚJO, 2015). Visando à elaboração dessa política, o Ministério da Saúde propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento. Toma como base os dados epidemiológicos e as reivindicações de diversos segmentos sociais para apresentar os princípios e diretrizes da PNAISM (GARCIA, 2013).

Segundo Castro, Simonetti e Araújo (2015), a PNAISM incorpora, em um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e nos casos de violência doméstica e sexual (CASTRO; SIMONETTI; ARAÚJO, 2015).

A PNAISM tem como premissa o direito à saúde e o respeito às diretrizes do SUS. Castro, Simonetti e Araújo (2015, p.) apontam as questões que nortearam a elaboração dessa política:

- ✦ Conceituar as ações de saúde da mulher como política e não mais como programa, por entender que, conceitualmente, o termo política é mais abrangente que o termo programa, para ressaltar a resposta governamental a determinados problemas de saúde de certos grupos específicos, neste caso as mulheres;
- ✦ Introduzir e visibilizar novas “necessidades” de saúde das mulheres, até então ausentes das políticas públicas;
- ✦ Introduzir ações para segmentos da população feminina, todavia sem visibilidade social;
- ✦ Definir fontes de recursos e responsabilidades nos diversos níveis do sistema, de acordo com as diretrizes do SUS e os instrumentos de gestão adotados pelo Ministério da Saúde;
- ✦ Introduzir nas políticas a transversalidade de gênero, o recorte racial-étnico e as especificidades das mulheres que fazem sexo com mulheres.

Em 2011, o Ministério da Saúde, em parceria com diversos setores da sociedade, especialmente com o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacionais, elabora o documento com a segunda reimpressão dessa política, a qual traz uma série de diretrizes e objetivos gerais e específicos, tais como:

- ✦ Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro;
- ✦ Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;
- ✦ Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (GARCIA, 2013).

Ainda em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha como uma estratégia no âmbito do SUS que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Essa estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando esse processo respeitando o critério epidemiológico, a taxa de mortalidade materna e a densidade populacional (CASTRO; SIMONETTI; ARAÚJO, 2015).

A PNAISM, ainda em vigor no país, possui um caráter 'integral', expresso na forma emancipadora de compreender as mulheres e sua saúde, um cuidar que vai além do período reprodutivo e que as compreende como cidadãs, diversas e plenas de direito. Isso demanda um sistema de saúde organizado por meio de linhas de cuidado e redes de serviços que atendam às mulheres em seus diferentes ciclos de vida, articulando-os, e que não invisibilize determinadas mulheres nem determinadas necessidades de saúde (SOUTO; MOREIRA, 2021). De acordo com Souto e Moreira (2021), essa política seria responsável, ao longo de sua trajetória, por instaurar uma práxis capaz de superar as políticas que compreendiam a saúde da mulher exclusivamente a partir de seu papel de mãe (reprodutora e cuidadora de filhos) e que, por isso, organizavam o sistema de saúde de maneira excludente e medicalizadora (SOUTO; MOREIRA, 2021).

## PRINCIPAIS AVANÇOS, DILEMAS E IMPASSES DO SUS

Figura 5 - Cartum da revista Radis, edição 113.



Fonte: Paim (2015, p. 83).

Políticas de saúde no Brasil e no mundo atravessaram períodos de grandes transformações, impulsionadas pelas modificações no perfil epidemiológico das populações, pelas reformas de Estado, pela política macroeconômica neoliberal e, ainda, pelas transformações decorrentes do avanço tecnológico e das inovações (VIANA; IOZZI, 2019). Segundo Celuppi e colaboradores (2019), o SUS é considerado referência para os outros países, uma vez que ampliou a cobertura de assistência à saúde para toda a população brasileira, ofertando serviços de atenção primária, secundária e terciária. Foram instituídos a Estratégia Saúde da Família (ESF), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), as vigilâncias em saúde, o tratamento para HIV/Aids, os tratamentos oncológicos, os transplantes de órgãos e tecidos, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), os serviços de atenção psicossocial e saúde mental, a coleta e transfusão de hemoderivados, entre outros avanços (CELUPPI *et al.*, 2019).

Paim (2015) faz uma análise sobre a implementação, na prática, dos princípios do SUS. Conforme esse autor, atualmente, não existem barreiras formais para assegurar serviços de saúde a todos, e a universalidade se expande para além da retórica. Entretanto, ainda observamos grandes dificuldades no acesso e na continuidade da atenção, em virtude de problemas vinculados à organização dos serviços (ausência de rede regionalizada e hierarquizada, dentre outros) e, sobretudo, a questão do financiamento, principalmente no que se refere aos investimentos para a expansão da infraestrutura do sistema público de saúde (PAIM; 2015). Ainda conforme Paim (2015), a integralidade é o princípio mais negligenciado no âmbito do SUS. Somente com a expansão e a reorientação política do PSF, a partir da segunda metade da década de 90, foi possível enfatizar propostas como territorialização, vigilância da saúde, acolhimento e vínculo, entre outras, retomando a discussão da integralidade, posta pela Reforma Sanitária. A equidade foi incorporada como princípio do SUS a partir de normas operacionais e pode ser coerente com a diretriz do uso da epidemiologia no planejamento, como estabelece a Lei nº 8.080/90.

Contudo, aponta que, ao ser assumida pelo discurso de organismos internacionais como oposição à universalidade, ou como etapa para alcançar essa última, tende a representar uma justificativa para a implantação de programas focalizados apenas nos pobres (SUS para pobres). Quanto à participação social, o autor sinaliza que é possível reconhecer que a Lei nº 8.142/90 assegurou canais para a participação social, institucionalizada em conferências e conselhos de saúde. Ele aponta, ao mesmo tempo, um refluxo dos movimentos sociais na área da saúde e a existência de obstáculos para a realização de uma cidadania plena, o que compromete a qualidade dessa participação em termos de representatividade e legitimidade.

Atualmente, o SUS está implantado em todos os estados e organizado em todos os municípios brasileiros que dispõem de secretarias e conselhos municipais de saúde. Portanto, para Paim (2015), um dos maiores avanços do SUS reside em uma obra de gestão descentralizada para estados e municípios, em um país com uma dimensão continental, grandes desigualdades regionais e sociais, bem como com uma complexa e específica federação. Se considerarmos as cinco grandes áreas de um sistema de serviços de saúde (infraestrutura, financiamento, organização, gestão e prestação de serviços), o autor aponta avanços em todas elas.

É claro que esses recursos são insuficientes para um sistema que pretende ser universal e integral, diante de uma população que passa por uma transição demográfica, com mudanças significativas no perfil epidemiológico e com uma expectativa de consumo de serviços médicos que possivelmente equivale à dos países ricos. Concluindo sua análise sobre a evolução do SUS, Paim (2015) destaca os impasses decorrentes da gestão e gerência atrelados a interesses partidários, em que a saúde das pessoas se transforma em objeto de clientelismos e moeda de troca política. O autor aponta, ainda, um conjunto de amarras burocráticas que, sob o pretexto de combater a corrupção, engessa a administração, prejudica o fluxo de insumos vitais para o cuidado das pessoas e trata a complexidade do sistema de saúde como se ele fosse um setor qualquer, não pode ser ignorado como um dos grandes responsáveis pela pouca resolutividade e baixa qualidade dos serviços do SUS.

Celuppi e colaboradores (2019) colocam que o SUS tem sofrido um processo sistemático e intencional de fragmentação e desfinanciamento. A luta de caráter reformista tão forte e presente na década de 70 tem sido golpeada pela desmobilização e despolitização da sociedade em defesa da saúde pública que, cada vez mais, tem sido reduzida pelos governos a uma política assistencialista (CELUPPI *et al.*, 2019). Ainda segundo esses autores, a relação público-privada no sistema de saúde brasileiro é caracterizada pela disputa de poderes entre as esferas política, social e econômica. O SUS, desde a sua criação, foi prejudicado na expansão de serviços, na definição de fontes de recursos e na concessão de subsídios financeiros da União, resultando em um cenário de subfinanciamento crônico da saúde pública, que impera como um dos maiores impasses para a gestão e efetivação do direito universal à saúde como direito à cidadania (CELUPPI *et al.*, 2019).

Souto e Oliveira (2016) demonstram que os desafios do SUS são complexos, pois se trata de enfrentar a hegemonia da lógica do mercado no campo da saúde, sua colonização pelo modelo biomédico de atenção com as consequentes desigualdades econômicas, culturais e epistemológicas. Essa lógica se expressa em situações persistentes, como o subfinanciamento crônico do sistema público de saúde e a injustiça tributária na transferência

de recursos públicos para subsidiar os lucros do mercado de planos de saúde (SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

Celuppi e colaboradores (2019) ainda reiteram que o mercado suplementar de saúde desenvolve suas funções de forma paralela e competitiva ao sistema público, apresentando concepção de assistência que desrespeita os princípios expostos na máxima constitucional, incentivando a mercantilização e atribuindo valor de mercadoria às ações e serviços de saúde. Dessa forma, o SUS, com seu caráter universal e equitativo, desempenha papel importante na redução das desigualdades sociais.

Nessa lógica, os autores propõem reformas de caráter geral, que incluem:

1. **reforma tributária:** que busca alterar o modelo regressivo de taxação de impostos, tributar heranças e grandes fortunas;
2. **reforma política:** que pretende reformular as regras da organização política brasileira, mudar o sistema e o financiamento eleitoral;
3. **reforma agrária:** que busca a redistribuição de terras e consequente melhoria nas condições de vida da população rural (CELUPPI *et al.*, 2019).

Além disso, defendem a luta pelo fim dos subsídios concedidos às operadoras de planos de saúde, bem como o fortalecimento da regulação do Estado no setor suplementar, retomando os projetos de transformação social que foram almejados na Reforma Sanitária (CELUPPI *et al.*, 2019).

Paim (2015) considera que o SUS precisa construir seu futuro, explorando caminhos para sua sustentabilidade econômica, política e científico-tecnológica e conquistando uma autonomia relativa perante o Estado e aos governos. A sustentabilidade econômica requer responsabilidades bem definidas entre as três esferas de governo. Considerando tantos vazios assistenciais no país, é imperioso um plano de investimentos para assegurar a expansão da infraestrutura dos serviços da saúde. A relação público-privado deve ser revista, inclusive no que concerne à ampliação do gasto público para que este seja maior que o privado (PAIM; JAIRNILSON SILVA, 2015).

Diante do cenário de investimentos no setor público de saúde, Celuppi e colaboradores (2019) sugerem o aumento dos investimentos da União e dos estados, definição de novas fontes de recursos, a exemplo da destinação de recursos do pré-sal para a saúde e educação (CELUPPI *et al.*, 2019).



Frente ao cenário epidemiológico atual, caracterizado pela transição das condições de saúde agudas para crônicas, Viana e Iozzi (2015) destacam a necessidade da consolidação das redes de atenção como um fator preponderante e urgente para prover assistência à saúde a um número crescente de cidadãos. Além disso, a necessidade de articulação de vários pontos de distintas redes temáticas reforça a importância de ações intersetoriais para garantir a integralidade e a efetividade do cuidado (VIANA; IOZZI, 2019). Segundo as autoras, as políticas regionais podem conformar um impulso positivo, capaz de substanciar políticas públicas mais pertinentes territorialmente e mais combativas ante as várias desigualdades. Tais ações teriam reflexos também nas políticas de saúde ao alterarem as escalas (de provisão) e os fluxos da assistência à saúde (VIANA; IOZZI, 2019).

Perante os problemas observados no SUS, Paim (2015) sinaliza que sua causa não está relacionada a questões técnicas ou à falta de tecnologia e conhecimento. Segundo o autor, os cidadãos e grupos organizados da população não se mobilizam suficientemente para cobrar o que está assegurado na Constituição e nas leis do país, permitindo a prevalência de políticas econômicas restritivas e de acordos políticos particularistas sobre a saúde e a vida (PAIM, JAIRNILSON SILVA, 2015)□



### PARA REFLETIR

Agora que você já chegou ao final do tópico **Avanços, Dilemas e Impasses do SUS**, observe a charge no início deste tópico e comente no mural da disciplina: em sua opinião, qual o principal fator que atrapalha a execução plena do SUS conforme seus princípios?



### PARA SABER

Para saber mais sobre a análise de Paim sobre os avanços do SUS, vide e-book interativo *O que é o SUS?*, capítulo 5, disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>.

## TENDÊNCIAS E MODELOS ATUAIS DE REFORMA SANITÁRIA

Após 25 anos da incorporação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) pela Constituição, como vimos acima pela análise de Paim (2015), ainda é difícil indicar, em termos

absolutos, princípios e diretrizes efetivamente cumpridos. Caso você queira lembrar sobre o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, volte ao módulo 2.

A proposta da RSB, que começou a tomar forma em meados da década 70, estruturou-se durante a luta pela redemocratização. Um amplo movimento social cresceu no país, reunindo iniciativas de diversos setores da sociedade - desde os movimentos de base até a população de classe média e os sindicatos - em alguns casos associado aos partidos políticos de esquerda, ilegais na época.

A concepção política e ideológica do movimento pela RSB defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. Esse movimento cresceu e formou uma aliança com parlamentares progressistas, gestores da saúde municipal e outros movimentos sociais (PAIM, *et al.*, 2011).

O que chamamos de RSB, a rigor, envolve, portanto, posições e perspectivas bastante distintas a respeito da organização setorial da saúde, como também das relações desse setor com a sociedade e da própria sociedade como um empreendimento e um dado objetivo (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Essa reforma não se restringia apenas a uma reforma do setor Saúde. O SUS, como um dos componentes centrais desse projeto de reforma social, pautava-se num conjunto de princípios e diretrizes fundamentais para a democratização da saúde, da sociedade, do poder público e da cultura (PAIM, 2015).

Diante de um olhar sobre a RSF, Paim (2015) enfatiza que a saúde depende da forma com que a sociedade organiza a sua economia, ou seja, o seu modo de produção, uma vez que não é possível ignorar sobre os principais determinantes sociais da saúde.

O SUS é apenas a dimensão institucional e setorial de uma reforma social mais ampla, a RSB. Mesmo que o SUS possa absorver certos problemas vinculados ao modo de vida da população, o autor defende que é praticamente impossível ser eficiente e efetivo numa sociedade com níveis de desigualdade, pobreza e violência como a nossa. Dai a pertinência de reanalisarmos a Reforma Sanitária, ampliando suas bases sociais e políticas, a fim de radicalizar a democracia e lutar pelas mudanças prometidas no seu projeto (PAIM, JAIRNILSON SILVA, 2015).

Nessa perspectiva, Paiva e Teixeira (2014) apontam que a Reforma Sanitária conformaria uma agenda de mudança política para a sociedade, muito além daquilo que envolve o estrito financiamento, a gestão e o pacto político para a formatação de um sistema de saúde. O SUS, como legado da Reforma Sanitária, sob esse ângulo, seria algo muito menor do que aquilo

que (alguns) reformistas tinham em mente ou em vista. Assim, a reforma é vista como um processo histórico de longa duração, capaz de, em um contexto de desenvolvimento de novas forças políticas e abertura democrática, instalar, ao longo do tempo, novos arranjos de política social e um renovado pacto de solidariedade entre Estado e sociedade.

Nesse contexto de análise sobre a RSB, Cohn (2018) ressalta, como imperativo, que se resgate, de forma mais consistente, o apoio da sociedade na defesa das propostas e do projeto do SUS, pois é nessa arena que passam a residir, em princípio, as possibilidades de reformatação do projeto sanitário para o país. Para a autora, na formalização institucional do SUS na Constituição de 1988, depositava-se, na sociedade brasileira, sobretudo nos movimentos populares de saúde e nos segmentos sociais, a expectativa de pressionar o Estado e as elites políticas para que esse sistema público de saúde fosse efetivado. O desafio que se apresenta para que se avancem as conquistas na área da saúde consiste em reconhecer como se desenvolvem, na sociedade, identidades horizontais, com potencialidades de se desenharem como sujeitos coletivos com capacidade de representação na sociedade política e aptos a se imporem em uma realidade social (COHN, 2018).



## RESUMO DA UNIDADE

Nesta unidade, estudamos as políticas de saúde e assistência ao idoso. Diante das mudanças do perfil etário da população e dos hábitos sociais, a assistência a esse grupo de pessoas se mostra essencial. Aprendemos sobre as mudanças de políticas voltadas para esse grupo etário: Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) - 1994, Estatuto do Idoso - 2003, Pacto em Defesa da Vida - 2006 e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) - 2006. Tal política define as diretrizes do cuidado em saúde da pessoa idosa e estabelece que a escolha do melhor tipo de intervenção e monitorização do estado clínico e funcional da população idosa deve ser baseado na avaliação da capacidade funcional, individual e coletiva. Entendemos o funcionamento intersetorial da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, que tem a Atenção Básica como coordenadora.

Estudamos, também, as políticas de saúde voltadas para os povos indígenas. Aprendemos que, antes da reformulação da Constituição brasileira, os povos indígenas eram tutelados pelo Estado, passando a ser considerados cidadãos a partir de 1988. Em 1999, foi instituído o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI), passando a gestão da saúde indígena para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). O SASI tinha como missão instituir, no âmbito territorial indígena, a APS e a continuidade da assistência nos diferentes níveis de atenção. Em 2002, foi instituída a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, que

exigiu a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços. Em 2010, foi aprovada a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Trata-se de um órgão responsável unicamente pela saúde indígena que, até então, havia sido coordenada por setores dentro de outros órgãos ou instituições que tinham atribuições mais amplas.

Vimos, ainda, as políticas voltadas para a saúde da mulher. Esse tema foi incorporado às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às questões relacionadas à gestação e ao parto. Em 1983, a normatização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) rompe com o termo “materno-infantil” e passa a usar o termo “integralidade”. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) foi elaborada em 2004, a partir da necessidade do Ministério da Saúde de contar com diretrizes técnico-políticas para a atenção à saúde das mulheres no país. Esse documento foi reimpresso em 2011, com atualização de uma série de diretrizes e objetivos gerais e específicos dessa política. Nesse mesmo ano, é instituída a Rede Cegonha no âmbito do SUS.

Por fim, trouxemos um olhar reflexivo sobre a implementação do SUS, analisando a execução prática dos princípios que o regem. Finalmente, voltamos à Reforma Sanitária Brasileira, vendo-a da perspectiva de um movimento ainda inacabado, que pode ser norteador para o fortalecimento do SUS.



## REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F. D. A. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. **Projeto Multiplica SUS: (Re)Descobrimo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos.** Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 23–40.
- AGUM, R.; RISCADO, P.; MENEZES, M. Políticas Públicas: Conceitos e Análise em Revisão. **Revista Agenda Política**, v. 3, n. 2, p. 12–42, 2015.
- ALBUQUERQUE, C. M. S.; OLIVEIRA, C. P. F. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. **Millenium**, v. 25, 2002.
- BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. *In: O Território e o Processo Saúde-Doença.* Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 51–86.
- BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. *O território e o processo saúde-doença.* Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, 2003. p. 25–49.
- CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Tratado de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, 2006.
- CEBALLOS, A. G. C. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde.** Recife: [s.n.], 2015. Disponível em: <[https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod\\_conc\\_saude\\_2016.pdf](https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod_conc_saude_2016.pdf)>.
- CRUZ, M. M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. *Qualificação dos Gestores do SUS.* 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/EAD, 2011. p. 21–33.
- FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política De Saúde: Uma Política Social. *Políticas e sistema de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 23–64.
- GOMES, E. C. S. **Conceitos e ferramentas da epidemiologia.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2015.
- LOBADO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origem, componentes e dinâmica. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil.* 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 89–120.
- OPAS. **Construindo a Saúde no Curso de Vida: conceitos, implicações e aplicação em saúde pública.** Washington DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 2021.

PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história.** Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010.

PUTTINI, R. F.; PEREIRA JUNIOR, A.; OLIVEIRA, L. R. DE. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 753–767, 2010.

SILVA, A. G. F. *et al.* A relação entre Estado e políticas públicas: uma análise teórica sobre o caso brasileiro. **REVISTA DEBATES**, v. 11, n. 1, p. 25–42, 2017.

ACURCIO, Francisco De Assis. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. Projeto Multiplica SUS: (Re)Descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. 1. ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 23–40.

ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes De. Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil. [S.l.: s.n.], 2015.

ALVES, Sabrina; OLIVEIRA, Marylde. Aspectos socioculturais da saúde e da doença e suas repercussões pragmáticas. *J Hum Growth Dev.*, v. 28, n. 2, p. 183–188, 2018.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Revista da Escola de Enfermagem da U S P*, v. 30, n. 3, p. 380–398, 1996.

BITTENCOURT, Isaiane Santos; VILELA, Alba Benemérita Alves; NUNES, Emanuelle Caires Dias A. Políticas públicas de saúde no Brasil: evolução histórica. *Enfermagem Brasil*, v. 10, n. 2, p. 131–136, 2011. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=86023705&lang=pt-br&site=ehost-live&scope=site>>.

CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, 2006.

COHN, Amélia. “Caminhos da reforma sanitária”, revisitado. *Estudos Avancados*, v. 32, n. 93, p. 225–241, 2018.

FIDELIS, Carlos. A Política Nacional de Saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história? *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010. p. 279–310.

MALTA, D.C.; SANTOS, F.P. O programa de saúde da família ( PSF ) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. *Rev Med Minas Gerais*, v. 070, n. 31, p. 251–259, 2003.

MOROSINI, M.V.G.C. *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. jairnilson silva paim. 2007. 300 f. Universidade Federal da Bahia, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. *Reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. *Reforma sanitária e a criação do sistema único de Saúde: Notas sobre contextos e autores*. *Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 15–35, 2014.

PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Iale. *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-579125>>.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde (módulo político gestor)*. *Una-Sus*, p. 1–21, 2010. Disponível em: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_4.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf)>.

SILVA, T.F.O. et al. *Contribuições da antropologia para as ciências da saúde e para compreensão do processo saúde-doença Tarciso*. *Enfermagem Brasil*, v. 17, n. 5, p. 542–551, 2018.

BRASIL. *DECRETO Nº 7.508 de 28 de junho de 2011*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>. Acessado em 27 jan 2022

BRASIL. *Gestão participativa e cogestão*. Brasília - DF: Ministério da saúde, 2009.

BRASIL. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. , 1990

BRASIL. *Pactos pela Vida e de Gestão*. Brasília - DF: Ministério da saúde, 2006. v. II.

BRASIL, M. DA S. *A REGIONALIZAÇÃO NA SAÚDE*. Brasília - DF: Ministério da saúde, 2015.

CAMPOS, C. V. D. A.; MALIK, A. M.; BUENO, R. L. P. A Implantação do SUS e o processo de descentralização na área da saúde até 2002. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, v. 10, n. 46, 2005.

CAMPOS, G. W. S. *et al. Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, 2006.

CNM. *Mudanças no Financiamento da Saúde*. Brasília-DF, 2018. v. 1.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde : princípios. *Caderno Planejamento e Gestão em Saúde*, p. 285–304, 2017.

FADEL, C. B. *et al. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. Revista de Administração Pública*, v. 43, n. 2, p. 445–456, 2009.

JOVENTINO MELO, E. S. *Políticas de Saúde: fundamentos e diretrizes do SUS*. Disponível em: <<http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/206072>> Acessado em 27 jan 2022.

MATTA, G. C. *Políticas de Saúde: Organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

PONTE, C. F.; FALLEIROS, I. *Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010.

REIS, D. O.; ARAÚJO, E. C.; CECÍLIO, L. C. O. *Sistema Único de Saúde: histórico, diretrizes e princípios*.

SALIBA, N. A. *et al. Conselhos de saúde: conhecimento sobre as ações de saúde. Revista de Administração Pública*, v. 43, n. 6, p. 1369–1378, 2009.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 10, n. 2, p. 47–74, 2001.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 451–455, 2001.

TAVARES JÚNIOR, F. A. *et al. Novas perspectivas na gestão para resultados na Saúde em Minas Gerais: a implantação dos Contratos Organizativos de Ação Pública. CONSAD - VI Congresso CONSAD de Gestão Pública*, v. 08/031, n. Abril, p. 21, 2013.



BISPO, J.P.B. informaSUS Ufscar.

BRASIL. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2011. v. 4.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. . Brasil, Brasil: Ministério da Saúde. , 2012

BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde, 2018. v. 17.

COELHO, M. O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso , do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 1523–1531, 2009.

GIOVANELLA, L.Gio; FRANCO, C.M.; ALMEIDA, P.F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *National. Ciência e Saúde Coletiva*, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, 2020.

GONÇALVES, M.A. Organização e Funcionamento do SUS. Brasília: CAPES : UAB, 2014.

GRABOIS, Victor. Gestão do cuidado. Qualificação de gestores do SUS. Rio de Janeiro: EAD Ensp Fiocruz, 2011. p. 153–191. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12547&Tipo=B>>.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 18–37, 2018.

MAGALHÃES, R.; JACKSON, J.; SAMPAIO, C. Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde. Fortaleza: EdUECE, 2015.

MALTA, D.C.; SANTOS, F.P. O programa de saúde da família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira. *Rev. Med. Minas Gerais*, v. 070, n. 31, p. 251–259, 2003.

MENDES, E.V. Atenção primária à Saúde no SUS: Avanços e ameaças. Brasília - DF: CONASS, 2016.

MENDES, E. V. As Redes de atenção à saúde. Brasília - DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOROSINI, M.V.G.C. Modelos de Atenção e a Saúde da Família. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. A saúde no Brasil em 2030: organização e gestão do sistema de saúde - Vol. 3. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. p. 143–182.

PINTO, L.F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1903–1913, 2018.

SILVA, M. M. Estratégia saúde da família: um olhar no modelo de organização da Atenção o Básica no Brasil. *Revista EDUC-Faculdade de Duque de Caxias*, v. 06, p. 51–62, 2019.

ZEPEDA, J.E.S. Processo de trabalho na ABS: organização da atenção. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

BRASIL. *A saúde bucal no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da saúde, 2018.

BRASIL. *Assistência Farmacêutica: da organização ao acesso a medicamentos e os desafios de sua integração à rede de atenção do SUS*. Brasília: Ministério da saúde, 2020. v. 1.

BRASIL. *Cuidado farmacêutico na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. *Dados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. *Inovação Na Atenção Ambulatorial Especializada*. Brasília: CONASS, 2016.

CAMPOS, G. W. S. *et al. Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, 2006.

CARDOSO, V. V. *et al. Política Nacional de Atenção Hospitalar: discussão conceitual de políticas públicas e aplicação prática. Revista Brasileira de Desenvolvimento Regional*, v. 8, n. 2, p. 189, 2020.

CARRER, F.C.A; JUNIOR, G.A.P.; ARAUJO, M.E. *SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir*. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019.

CARRIÃO, Gabriel Alves; MARQUES, Jéssica Ribeiro; MARINHO, Jaqueline Luvisotto. *Atenção hospitalar: interatividades por entre constituição histórico-social, gestão e*

humanização em saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, v. 8, n. 2, p. 189–202, 2019.

CONASEMS. *Instrumento de referência dos serviços farmacêuticos na Atenção*. Brasília: CONASEMS, 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução MS/CNS nº 588, de 12 de julho de 2018.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, v. 42, n. spe1, p. 208–223, 2018.

FERREIRA, M.C.; VON ZUBEN, A. P.B. *Vigilância em saúde nos municípios*. Campinas: IPADS, 2020.

FIGUEIREDO, E.N.; DEMARZO, M.M.P. Atenção Primária à Saúde e Política Nacional de Atenção Básica. *Especialização em SAÚDE DA FAMÍLIA*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2016. p. 16.

GARCIA, P. T. *Saúde e sociedade: Atenção Básica em Saúde*. São Luís: Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA Saúde, 2014.

GUEDES, B.A.P. *et al.* A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 24, n. 6, p. 2125–2134, 2019.

GUIMARÃES, R.M. *et al.* Os desafios para a formulação, implantação e implementação da política nacional de vigilância em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 5, p. 1407–1416, 2017.

LIMA, D.K.R.R.; GUIMARÃES, J. A Rede de Atenção Psicossocial sob o olhar da complexidade: quem cuida da saúde mental? *Saúde em Debate*, v. 43, n. 122, p. 883–896, 2019a.

LIMA, D.K.R.R.; GUIMARÃES, J. Articulação da Rede de Atenção Psicossocial e continuidade do cuidado em território: problematizando possíveis relações. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 29, n. 3, p. 0–3, 2019b.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil. *Política Nacional de Vigilância em Saúde*. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/politica-nacional-de-vigilancia-em-saude-1>>. Acesso em: 14 mar. 2022.

OPAS. *folha informativa*. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>>. Acesso em: 5 mar. 2022.

SAMPAIO, M.L. BISPO JÚNIOR, J.P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, 2021.

SANTOS, T.B.S.; PINTO, I.C.M. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal. *Saúde em Debate*, v. 41, n. spe3, p. 99–113, 2017.

SCHERER, C.I.; SCHERER, M.D.A. Avanços e desafios da saúde bucal após uma década de Programa Brasil Sorridente. *Revista de Saúde Pública*, v. 49, 2015.

SILVA, A. M.; PHILIPPI, J. M. S. Vigilância em saúde. *Especialização em saúde da família*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. p. 62.

SOUZA, J.S. *et al.* Gestão hospitalar no SUS: correlações entre rede de atenção e capacidade de gestão dos serviços. *SAÚDE PARA DEBATE*, n. 58, p. 46–57, 2018.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 941–951, 2017.

VIEIRA, F.S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 27, n. 2, p. 149–156, 20

AMORIM, C. C.; PESSOA, F. S. Políticas, programas e rede de atenção à saúde do idoso. *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. São Luís: Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA, 2014. p. 42.

BRASIL. *Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral*. Brasília: Ministério da Saúde. 2014

BRASIL. *Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena*. Brasília: Funasa, 2009.

CASTRO, L.M.X.; SIMONETTI, M.C.M; ARAÚJO, M. J.O. *Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)*. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2015.

CELUPPI, I.C. *et al.* 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. *Saúde em Debate*, v. 43, n. 121, p. 302–313, 2019.

COHN, A.. “Caminhos da reforma sanitária”, revisitado. *Estudos Avançados*, v. 32, n. 93, p. 225–241, 2018.

GARCIA, T. *Saúde da Mulher*. São Luís: Universidade Federal do Maranhão - UFMA/UNASUS, 2013.

MEDEIROS, P.F.; GUARESCHI, N.M.F. Políticas públicas de saúde da mulher: A integralidade em questão. *Revista Estudos Feministas*, v. 17, n. 1, p. 31–48, 2009.

MENDES, A.M. *et al.* O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica* v. 42, p. 1–6, 2018.

PAIM, J.S. *et al.* The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

PAIM, J.S. *O que é o SUS? E-book interativo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do sistema único de Saúde: Notas sobre contextos e autores. *Historia, Ciências, Saúde - Manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 15–35, 2014.

PONTES, A.L.M.; MACHADO, F.R.S.M; SANTOS, R.V. *Políticas Antes da Política de Saúde Indígena Políticas antes da política de saúde indígena*. Rio de Janeiro: EDITORA FIOCRUZ, 2021.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde em Debate*, v. 45, n. 130, p. 832–846, 2021.

SOUTO, L.R.F.; OLIVEIRA, M.H.B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 108, p. 204–218, 2016.

TORRES, K.R.B.O *et al.* Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 30, n. 1, p. 1–22, 2020.

VIANA, A.L.D.; IOZZI, F.L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cadernos de saúde pública*, v. 35. n. Suppl 2, 2019.

---