

**Programa Mais Médicos para o Brasil**

**EIXO 1 | PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS DO SUS E DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**MÓDULO 01**

# Políticas públicas de saúde: processo histórico e a organização do SUS

*2ª edição*



## **Programa Médicos pelo Brasil**

**EIXO 1 | PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS DO SUS E DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

### **MÓDULO 01**

# **Políticas Públicas de Saúde: processo histórico e a organização do SUS**

Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul (Fiocruz MS)  
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)  
2023

## **Instituições patrocinadoras:**

Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Secretaria-Executiva da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul (Fiocruz MS)

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Fundação de Apoio à Universidade Federal de São Paulo (FapUnifesp)

Coordenação da UNASUS/UNIFESP

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

---

B823p

Brasil. Ministério da Saúde.

Políticas públicas de saúde: processo histórico e a organização do SUS [módulo 1] / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul, Universidade Federal de São Paulo. - 2. ed. - Brasília : Fundação Oswaldo Cruz, 2023.

Inclui referências.

74 p. : il., tabs. (Projeto Mais Médicos para o Brasil. Princípios e fundamentos do SUS e da atenção primária à saúde ; 1).

ISBN: 978-65-84901-40-7

1. Políticas públicas em saúde. 2. Atenção básica. 3. Sistema Único de Saúde. 4. UNA-SUS. I. Título II. Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul. III. Universidade Federal de São Paulo. IV. Série.

CDU 610

---

Bibliotecária: Juliana Araújo Gomes de Sousa | CRB1 3349

# Ficha Técnica

© 2023. Ministério da Saúde. Sistema Universidade Aberta do SUS. Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Federal de São Paulo.

Alguns direitos reservados. É permitida a reprodução, disseminação e utilização dessa obra, em parte ou em sua totalidade, nos termos da licença para usuário final do Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES). Deve ser citada a fonte e é vedada a sua utilização comercial.

## Referência bibliográfica

DE SÃO PAULO. Políticas públicas de saúde: processo histórico e a organização do SUS [módulo 1]. 2. ed. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto Mais Médicos para o Brasil**. Eixo 1: Princípios e fundamentos do SUS e da atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 74 p.

## Ministério da Saúde

Nísia Trindade Lima | *Ministra*

## Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)

Nésio Fernandes de Medeiros Junior | *Secretário*

## Departamento de Saúde da Família (DESF)

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas | *Diretora*

## Coordenação Geral de Provimento Profissional (CGPROP)

Wellington Mendes Carvalho | *Coordenador*

## Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)

Mario Moreira | *Presidente*

## Secretaria-executiva da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS)

Maria Fabiana Damásio Passos | *Secretária-executiva*

## Coordenação de Monitoramento e Avaliação de Projetos e Programas (UNA-SUS)

Alysson Feliciano Lemos | *Coordenador*

## Assessoria de Planejamento (UNA-SUS)

Aline Santos Jacob

## Assessoria Pedagógica UNA-SUS

Márcia Regina Luz

Sara Shirley Belo Lança

## Revisor Técnico-Científico UNA-SUS

Paula Zeni Miessa Lawall

Rodrigo Luciano Bandeira de Lima

Rodrigo Pastor Alves Pereira

**Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul (Fiocruz MS)**

Jislaine de Fátima Guilhermino | *Diretora*

**Coordenação Geral UNA-SUS/Fiocruz MS**

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

**Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)**

Nelson Sass | *Reitor*

Raiane Patrícia Severino Assumpção | *Vice-Reitora*

**Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) | Pró-reitoria de Extensão**

Taiza Stumpp Teixeira | *Pró-Reitora*

**Coordenação Geral Projeto UNA-SUS/UNIFESP**

Jorge Harada | *Coordenador Geral*

**Fundação de Apoio à Universidade Federal de São Paulo (FapUnifesp)**

Maria José da Silva Fernandes | *Diretora Presidente*

---

**Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul (Fiocruz MS)**

Rua Gabriel Abrão, 92 – Jardim das Nações, Campo Grande/MS

CEP 79081-746

Telefone: (67) 3346-7220

E-mail: [educacao.ms@fiocruz.br](mailto:educacao.ms@fiocruz.br)

Site: [www.matogrossodosul.fiocruz.br](http://www.matogrossodosul.fiocruz.br)

**Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)**

**Coordenação da UNA-SUS/UNIFESP**

Rua Sena Madureira, 1.500 - Vila Mariana, São Paulo/SP

CEP 04021-001

Telefone: (11) 3385-4126

E-mail: [secretaria.unasus@unifesp.br](mailto:secretaria.unasus@unifesp.br)

Site: [www.unasus.unifesp.br](http://www.unasus.unifesp.br)

# Créditos

## **Revisor Técnico-Científico UNA-SUS**

Carolina Lopes de Lima Reigada  
Liz Ponnet  
Paula Zeni Miessa Lawall  
Rodrigo Luciano Bandeira de Lima  
Rodrigo Pastor Alves Pereira

## **Designer Gráfico UNA-SUS**

Claudia Schirmbeck

## **Apoio Técnico UNA-SUS**

### **Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES) – UNA-SUS**

Phillipe de Freitas Campos  
Juliana Araujo Gomes de Sousa  
Tainá Batista de Assis

## **Engenheiro de Software UNA-SUS**

José Rodrigo Balzan  
Onivaldo Rosa Júnior

## **Desenvolvedor de Moodle UNA-SUS**

Claudio Monteiro  
Jaqueline de Carvalho Queiroz  
Josué de Lacerda Silva  
Luciana Dantas Soares Alves  
Lino Vaz Moniz  
Márcio Batista da Silva  
Rodrigo Mady da Silva

## **Coordenador Geral UNA-SUS/Fiocruz MS**

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

## **Coordenador Acadêmico UNA-SUS/Fiocruz MS**

Milene da Silva Dantas Silveira

## **Coordenador de Produção Pedagógica UNA-SUS/Fiocruz MS**

Sílvia Helena Mendonça de Moraes

## **Designer Instrucional Fiocruz MS**

Marcos Paulo dos Santos de Souza

## **Coordenador de produção Fiocruz MS**

Janaína Rolan Loureiro

## **Desenvolvedores Fiocruz MS**

Janaína Rolan Loureiro  
Leandro Koiti Oguro  
Regina Beretta Mazaro

## **Coordenador Geral UNA-SUS/UNIFESP**

Jorge Harada

**Coordenador Adjunto UNA-SUS/UNIFESP**

Paulo Bandiera Paiva

**Coordenador Acadêmico UNA-SUS/UNIFESP**

Daniel Almeida Gonçalves

**Coordenação Pedagógica UNA-SUS/UNIFESP**

Ana Lucia Pereira

Rita Maria de Lino Tarcia

Maria Elizabete Salvador Graziosi

**Coordenador de Produção UNA-SUS/UNIFESP**

Felipe Vieira Pacheco

**Coordenação de Tecnologia da Informação UNA-SUS/UNIFESP**

Daniel Lico dos Anjos Afonso

Marlene Sakumoto Akiyama

**Desenvolvedor UNA-SUS/UNIFESP**

Sidnei de Cerqueira

**Analista de Infraestrutura e Rede UNA-SUS/UNIFESP**

Rogério Alves Lourenço

**Analistas de Banco de dados e Infraestrutura UNA-SUS/UNIFESP**

Fernanda Aparecida Sobral

Marcelo Augusto Leonardeli

**Suporte Técnico UNA-SUS/UNIFESP**

Yuri Campos Ratao

**Designer Instrucional UNA-SUS/UNIFESP**

Felipe Vieira Pacheco

**Designer Gráfico UNA-SUS/UNIFESP**

Aline Maruyama

**Webdesigner UNA-SUS/UNIFESP**

Lucas Andrioli

**Editor de Audiovisual UNA-SUS/UNIFESP**

Laura Videira

**Conteudista**

Leika Aparecida Ishiyama Geniole

Milene da Silva Dantas Silveira

**Revisor**

Davi Bagnatori Tavares



# Sumário

<b>Apresentação</b>	<b>10</b>
<b>1. O SUS como sistema nacional de saúde</b>	<b>11</b>
Objetivo geral da unidade	12
Objetivos de aprendizagem	12
Introdução da unidade	12
1.1 - Conceituação de sistemas de saúde	12
1.2 - Definição de sistemas universais, cobertura universal e cobertura por seguro	13
1.3 - Tipos de financiamento público e privado (Bismarckiano x Beveridgiano)	15
1.4 - Breve apresentação dos sistemas de saúde de outros países	16
1.5 - A história da assistência à saúde no Brasil e sua relação com a história da sociedade brasileira	19
1.5.1 - A reforma sanitária e criação do SUS	23
1.5.2 - Financiamento do SUS	29
1.6 - Princípios do SUS	33
Fechamento da unidade	35
<b>2. Organização do sistema de saúde</b>	<b>36</b>
Objetivo geral da unidade	37
Objetivos de aprendizagem	37
Introdução	37
2.1 - Diretrizes do SUS	37
2.1.1 - Controle social: Participação da população na gestão do sistema	37
2.1.2 - Descentralização: comando centralizado e descentralizado das ações nacionais, regionais e municipais	39
2.1.3 - Regionalização e hierarquização	40
2.2 - Rede de atenção à saúde	42
2.2.1 - Conceito e organização	42
2.2.2 - Organização da rede e coordenação do cuidado	46
2.2.3 - Modelos de atenção à saúde	48
2.3 - Políticas nacionais de saúde	52
2.3.1 - Política Nacional da Atenção Básica	52
2.3.2 - Política Nacional de Atenção às Urgências	53
2.3.3 - Programa Nacional de Imunização	54
2.3.4 - Política Nacional de Vigilância em Saúde	55



Fechamento da unidade	57
<b>3. Políticas de provimento de profissionais, seus avanços e limitações</b>	<b>58</b>
Objetivo geral da Unidade	59
Objetivos de aprendizagem	59
Introdução	59
Fechamento da unidade	66
<b>Encerramento do módulo</b>	<b>67</b>
<b>Referências</b>	<b>68</b>
<b>Biografia dos conteudistas</b>	<b>73</b>



# Apresentação

Olá, caro profissional-estudante.

Seja bem-vindo ao módulo 1: Políticas Públicas de Saúde: processo histórico e a organização do SUS.

Neste módulo, vamos estudar juntos a trajetória da assistência à saúde das pessoas desde a chegada dos portugueses ao Brasil até os dias de hoje. Esse resgate histórico é necessário para você entender que o atual sistema de saúde é a expressão consolidada de ideais e lutas de muitas pessoas que batalharam para a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse sistema é responsável pelo atendimento de pessoas, fornecimento de medicamentos, controle da qualidade dos alimentos servidos em restaurantes, transplantes de órgãos, além de várias outras ações. Ele guarda uma grande complexidade que precisa ser conhecida, para que possamos juntos, fortalecê-lo.

O presente módulo, de **15h**, será organizado em três unidades de ensino:

1. O SUS como um sistema nacional de saúde
2. Organização do sistema de saúde
3. Políticas de provimento de profissionais, seus avanços e limitações

Desejamos a você um bom estudo!

As conteudistas

UNIDADE 01

# O SUS como sistema nacional de saúde

## **OBJETIVO GERAL DA UNIDADE**

Compreender como os sistemas de saúde se organizam conforme as características de cada sociedade, traçando um paralelo com a existência do Sistema Único de Saúde brasileiro e seus princípios.

## **OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM**

- Identificar os aspectos teóricos e práticos da organização dos sistemas de saúde no mundo e no Brasil;
- Relacionar o papel dos determinantes sociais de saúde com aspectos fundamentais da organização dos serviços e ações de saúde;
- Entender os marcos históricos das políticas de saúde no Brasil, identificando-os no contexto de atuação na Atenção Primária à Saúde (APS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF);
- Compreender quais são os princípios do SUS.

## **INTRODUÇÃO DA UNIDADE**

Nesta unidade, convidamos você a nos acompanhar em uma viagem no tempo para conhecer a história da assistência à saúde no Brasil, do início do processo de colonização aos dias atuais. Uma vez que esse processo histórico repercute, no presente, em nossas ações e intervenções, as informações recolhidas do passado precisam ser interpretadas e questionadas para fundamentar a transformação da realidade atual, com vistas à construção de um futuro melhor, ajudando a qualificar as ações no cuidado das pessoas e auxiliando no aprimoramento do próprio sistema.

Por esse motivo, considere que você faz parte da história do SUS, devendo estar sempre atento, analisando o sistema que está posto, unindo-se à comunidade e construindo por meio de suas ações, um local que oportunize condições de vida mais dignas à sua população.

### **1.1 - CONCEITUAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE**

Nesta unidade, vamos conceituar e caracterizar sistemas de saúde, apresentar como se organizam no mundo e no Brasil, refletindo sobre a importância dos determinantes sociais de saúde e dos marcos históricos que levaram à implantação de nosso sistema – o SUS –, para que você possa se apropriar desses conceitos e informações.

## 1.2 - DEFINIÇÃO DE SISTEMAS UNIVERSAIS, COBERTURA UNIVERSAL E COBERTURA POR SEGURO

Você, certamente, já refletiu sobre o fato de sistemas de saúde serem o conjunto de serviços organizados com o objetivo maior de cuidar da saúde das pessoas e que, nesses sistemas, é desejável que os diferentes serviços estejam interligados e comunicando-se entre si, podendo ou não ser regulados pelo Estado.

Os sistemas de saúde são determinados, entre outros fatores, por aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais e podem ser compreendidos como uma resposta social às condições de saúde da população. Em outras palavras, são uma forma de proteção à saúde, que será tanto mais ampla, quanto mais a sociedade entender a saúde como uma questão de natureza coletiva.



Foto por Carlos Magno | Unsplash.com

A proteção à saúde envolve o direito à cidadania, a universalidade do sistema e a garantia do acesso a serviços de qualidade, sem restrições relativas à condição socioeconômica dos indivíduos – ideia de saúde como bem público, não comercializável e de responsabilidade do Estado. A amplitude da proteção à saúde está, assim, associada à responsabilidade pública e ao financiamento solidário, custeado por toda a população de maneira equitativa.

Com relação ao seu modelo de gestão, os sistemas de saúde podem ser universais ou por seguros, sejam sociais, sejam privados. Quando se diz que um país adota determinado tipo de sistema, faz-se referência ao tipo de sistema predominante naquele local.

Reconhecendo a dificuldade que a maioria das populações tem de acesso ao cuidado em saúde – da promoção aos cuidados paliativos –, os Estados-Mem-

bro da Organização Mundial da Saúde (OMS) definiram como meta o desenvolvimento de um sistema de financiamento de saúde sustentável que assegurasse às pessoas o acesso aos serviços de saúde quando deles precisassem, protegendo-as dos impactos financeiros advindos do custeio desses serviços.

Esses sistemas nacionais podem ser classificados em sistemas universais de saúde ou em sistemas com cobertura universal de saúde (WHO, 2021). É importante entender bem a diferença entre esses dois modelos.



## REFLEXÃO



Países que adotam modelos de cobertura universal de saúde acabam por restringir o acesso a ações e serviços que não são considerados prioritários pelos gestores do sistema. Em que medida esse tipo de restrição pode criar cenários de falta de assistência, especialmente em países com orçamento menor?

Devido a essa possibilidade de restrições, vários autores criticam o modelo de cobertura universal, considerando-o um caminho para o sucateamento dos sistemas de saúde públicos e posterior fortalecimento do setor privado.

Ainda assim, cabe lembrar que a cobertura universal de saúde foi incluída como um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030, proposta pela OMS como um plano de ação global que visa à erradicação da pobreza e garantia de vida digna a todos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2021).

É preciso ter em mente que, nenhum país tem um sistema de saúde perfeito, todos têm qualidades e problemas, uma vez que os diferentes modelos de sistema estão, incondicionalmente, atrelados às características políticas, econômicas e sociais dessas nações. Por outro lado, independentemente do modelo adotado, o sistema deve ter mecanismos de gestão que garantam sua sustentabilidade, com financiamento adequado, para resolver as questões relacionadas à gestão do trabalho e educação em saúde, incorporação tecnológica, arranjos de apoio, de logística e organizacionais, aquisição de insumos e medicamentos, ampliação da rede de serviços, entre outros, de modo a ofertar assistência e cuidado de qualidade, em tempo oportuno, atendendo às demandas da população.

### 1.3 - TIPOS DE FINANCIAMENTO PÚBLICO E PRIVADO (BISMARCKIANO X BEVERIDGIANO)

A essa altura, já ficou claro para você que os sistemas de saúde apresentam diversos componentes estruturais e dinâmica complexa, o que resulta em políticas, ações e serviços, por sua vez, determinantes de seu desempenho. Relacionam-se, dessa forma, com os modelos de proteção social, que são a forma como os estados intervêm no financiamento, na condução e na regulação dos diferentes setores assistenciais e de prestação de serviços de saúde. Basicamente, são três os modelos de proteção social:

- Seguro social;
- Seguridade social;
- Assistência social.

#### Modalidade por seguro social – modelo Bismarckiano

Surgido na Alemanha no final do século XIX como resposta às pressões de trabalhadores, esse é financiado com recursos advindos da contribuição direta de empregados e empregadores. Originalmente, a cobertura de serviços de saúde era dirigida apenas para os trabalhadores formais e seus familiares, contudo, nos dias atuais, há países com modelo predominantemente Bismarckiano que assumiram ser a saúde um direito e, assim, ampliaram a cobertura de serviços para toda a população por meio de subsídio estatal, ou seja, o Estado paga pela cobertura de saúde das pessoas que não podem contribuir com o próprio seguro. Os serviços normalmente são privados, por isso costumam ter menor regulação estatal. São exemplos de países com modelo predominantemente Bismarckiano: Alemanha, França, Holanda, Suíça, Áustria, Bélgica, Hungria, Eslovênia, Polônia, Grécia, Japão, Taiwan, Argentina, Uruguai e Costa Rica.

#### Modalidade por seguridade social – modelo Beveridge

Em 1942, com o Relatório de Beveridge – documento que embasa o regime de Welfare State britânico no imediato pós II Guerra Mundial –, foi proposto o modelo de seguridade social, baseado na condição de cidadania em que os direitos sociais dos cidadãos devem ser assegurados pelo Estado, que financia suas ações com

recursos arrecadados por impostos gerais, que irão não só financiar a saúde, como também redistribuir renda. Os serviços de saúde podem ser públicos ou privados, mas, nesse caso, têm seu funcionamento regulado pelos dispositivos contratuais com o Estado. Alguns países migraram para esse modelo de proteção social, como Canadá, Reino Unido, Espanha, Itália, Portugal, Dinamarca, Noruega, Finlândia, Irlanda, Suécia, Austrália e Nova Zelândia.

### **Modalidade de assistência social**

No modelo de assistência social, também chamado de proteção social residual, a garantia de proteção estatal à saúde é restrita apenas a grupos mais pobres. O Estado repassa essa responsabilidade para a sociedade, na qual cada indivíduo fica à mercê do mercado, conforme sua capacidade de pagamento. Exemplo desse modelo ocorre nos Estados Unidos.

Há ainda o modelo Semashko, que precedeu o modelo Beveridge e foi difundido para países socialistas após a Revolução Soviética de 1917, com estrutura baseada no acesso universal centralizado e de responsabilidade integralmente estatal. Permanecem nesse modelo Cuba e Coreia do Norte.

É importante você compreender que a escolha de um país por determinado tipo de proteção social implica diretamente a garantia do direito de cidadania à saúde, assim como a igualdade de oportunidade de acesso. O tipo de proteção social corresponde à intervenção do governo no financiamento e na capacidade estatal de regulação do sistema de saúde.

## **1.4 - BREVE APRESENTAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE DE OUTROS PAÍSES**

Agora que você conhece os diferentes sistemas de saúde e suas modalidades, vamos verificar como eles ocorrem em alguns países. O quadro a seguir faz um comparativo entre algumas informações sobre o tipo de financiamento, o tipo de cobertura e os serviços.





#### ALEMANHA

**Denominação:** *Gesetzliche Krankenversicherung*

**Financiamento predominante:**

Predominantemente público por contribuições sociais compulsórias proporcionais aos salários.

**Modelo de financiamento:** Bismarck

**Cobertura:** Cerca de 88% da população recebe cobertura primária por meio de caixas de doença e 11% por meio de seguros privados.

**Trabalho médico na APS:** Profissionais autônomos que atuam em consultórios privados. Pagamento por produção, sem reembolso (atendimento gratuito para o usuário; o sistema paga o profissional) com teto para pagamento.



#### CANADÁ

**Denominação:** *Medicare*

**Financiamento predominante:** Principalmente receitas fiscais gerais províncias/territoriais; transferências federais.

**Modelo de financiamento:** Beveridge

**Cobertura:** Cobertura 100% da população. 67% têm cobertura complementar com fins lucrativos, principalmente por meio do empregador.

**Trabalho médico na APS:** Profissionais autônomos que atuam em consultórios privados. Pagamento por produção, sem reembolso (atendimento gratuito para o usuário; o sistema paga o profissional) com teto para pagamento.



#### INGLATERRA

**Denominação:** *National Health Service*

**Financiamento predominante:** Principalmente receita tributária geral; 20% do seguro nacional, um imposto sobre a folha de pagamento dividido entre empregadores e empregados.

**Modelo de financiamento:** Beveridge

**Cobertura:** Cobertura 100% da população. 10,5% possuem seguro de saúde privado voluntário.

**Trabalho médico na APS:** Profissionais autônomos que atuam em consultórios privados. Pagamento por capitação (há uma clientela cadastrada).



### FRANÇA

**Denominação:** *L'Assurance Maladie*

**Financiamento predominante:** Imposto sobre a folha de pagamento do empregador/empregado; imposto de renda; impostos gerais; impostos reservados.

**Modelo de financiamento:** Bismarck

**Cobertura:** Cobertura 100% da população com serviços públicos de saúde. 40% possuem seguros complementares e 30% seguros.

**Trabalho médico na APS:** Profissionais autônomos que atuam em consultórios privados. Pagamento por produção com reembolso (usuário paga o atendimento ao profissional e é reembolsado pelo sistema de saúde).



### ESTADOS UNIDOS

**Denominação:** *Medicare; Medicaid; Seguro Privado.*

**Financiamento predominante:**

- **Medicare:** imposto sobre a folha de pagamento compartilhado por funcionários e empregadores; prêmios; receita tributária geral federal.
- **Medicaid:** impostos federais e estaduais.
- **Seguros privados:** prêmios pagos a seguradoras; subsídios.

**Modelo de financiamento:** Residual

**Cobertura:** Não há cobertura universal.

**Trabalho médico na APS:** Prestadores de serviço predominantemente privados.

Quadro 1 – Comparativo de Sistemas de Saúde

Fonte: Autoras

SAIBA MAIS



Por meio do link: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries> você poderá ter acesso a mais informações sobre os sistemas de saúde em diferentes países.

Observe no quadro que, tanto os países com financiamento do tipo beveridgeano quanto os do tipo bismarckianos apresentam diferentes condições de cobertura de serviços. Cada qual possui limitações em sua carteira de serviços, por isso cada país tende a desenvolver, paralelamente ao atendimento às questões de saúde em geral, mecanismos de proteção estatal específicos para aqueles que considera em situação de maior vulnerabilidade ou para situações prevalentes, conforme as demandas de suas populações e as condições sociais que vivenciam.

No Canadá, por exemplo, onde há grandes contingentes de população indígena negligenciada ao longo do processo histórico, busca-se diminuir as disparidades em saúde entre as camadas mais favorecida e as populações de baixa renda, com atenção especial a indígenas, por isso encontram-se centros de cuidados primários multidisciplinares: Centros de Saúde Comunitários e Centros de Acesso à Saúde Aborígene.

Já na Inglaterra, busca-se reduzir as desigualdades em saúde incentivando cuidados relacionados ao diagnóstico precoce de câncer, saúde mental e assistência às pessoas em situação de rua, lá consideradas questões de alta demanda.

A França, por sua vez, busca, segundo características de sua população, diminuir as desigualdades nos cuidados preventivos relacionados à obesidade, ao rastreamento do câncer e imunização, bem como à assistência a pessoas idosas e frágeis.

Na Alemanha, esses focos de atenção à saúde são a população de baixa renda e a assistência primária a doenças crônicas. O país dispõe de recursos para programas de saúde em creches, escolas e outros locais.

## 1.5 - A HISTÓRIA DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL E SUA RELAÇÃO COM A HISTÓRIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA

Após conhecermos como se organizam os sistemas de saúde em outros países, vamos focalizar nossa atenção na organização do sistema de saúde no contexto brasileiro. Para isso, convidamos você, profissional-estudante, a fazer uma viagem pela história da assistência à saúde no Brasil.

### PERÍODO COLONIAL – 1500 A 1822



No período do Brasil Colônia, entre 1500 e 1822, as condições para uma vida saudável eram bastante precárias, pois, além de inexistir o conceito de saúde pública, é claro que não havia sistema de saúde organizado. Segundo Bertolli Filho (2000), as doenças locais típicas coexistiam com aquelas trazidas pelo colonizador e o acesso à saúde se dava de acordo com a classe social.

Durante esse período, surgiram as Santas Casas de Misericórdia, fundadas por congregações religiosas, com finalidade de atender às pessoas de classes menos favorecidas, na perspectiva da caridade, que até então contavam, principalmente, como as formas de tratamento tradicionais de suas culturas.

Nesse período, os poucos médicos existentes eram oriundos da Europa e contavam com poucos recursos para sua prática. O surgimento de algumas escolas médicas, ainda a essa época, contribuiu para a formação local de médicos, evitando que apenas se pudesse contar com profissionais vindos da Europa.

## BRASIL IMPÉRIO - 1822 A 1889



Como marco importante nesse período, foi fundada, em 1829, a Academia de Medicina do Rio de Janeiro, que funcionava como um órgão consultivo do Imperador para situações relacionadas à saúde pública nacional. Nessa época, surgiram as instituições sanitárias com enfoque no controle sanitário nos portos.

Em 1850, formou-se a Junta de Higiene Pública, que tinha como objetivo a proposição de medidas que promovessem condições salubres nos municípios. Os serviços de saúde eram de administração municipal e tinham como responsabilidades o controle e o cuidado das doenças infecciosas, como a febre amarela e a varíola, que acometeram a cidade do Rio de Janeiro e outras províncias do Império.

Vale destacar que a preocupação com as condições de saúde da população estava mais relacionada à preservação da mão de obra trabalhadora do que a sentimentos humanitários de respeito e dignidade das pessoas. Era um desafio manter a população saudável, porque as condições das cidades eram insalubres: a água não era tratada, o esgoto era a céu aberto e não havia coleta de lixo. Sendo assim, o foco da saúde pública nesse período foi estruturar o saneamento básico (BERTOLLI FILHO, 2000).

(Primeira República)

## REPÚBLICA VELHA - 1889 A 1930



O país continuava a ser assolado por doenças epidêmicas que comprometiam a saúde das pessoas, sobretudo a dos trabalhadores. A falta de saneamento básico e as más condições de vida também eram fatores que favoreciam a ocorrência e persistência das doenças infecciosas. O Brasil precisava avançar economicamente e, para isso, a manutenção de mão de obra saudável era essencial. Nessa época começou o Movimento Sanitarista para controlar as epidemias e foram criados os laboratórios de pesquisas médico-epidemiológicas. Foi nesse período que atuaram personalidades como Emílio Ribas, Adolfo Lutz, Carlos Chagas e Oswaldo Cruz.

Caminhando com a história do Período Republicano, considerando o acelerado processo de industrialização e consequente urbanização, surgiu a necessidade de atender à demanda dos trabalhadores, por isso, por meio da Lei Eloy Chaves, em 1923, foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP) com a finalidade de assegurar uma pensão aos trabalhadores em caso de afastamento por doenças ou acidentes e uma futura aposentadoria. Tal benefício era restrito aos trabalhadores ferroviários de empresas privadas e financiadas pela União. A Lei Eloy Chaves consolidou as bases para o sistema

previdenciário do país. Até essa data, a pessoa que ficasse doente ou sofresse algum tipo de acidente não tinha qualquer tipo de assistência ou segurança no trabalho.

Em 1930, Getúlio Vargas assumiu o poder como Presidente da República e defendeu uma política voltada para a população urbana, empregada nos setores industrial e comercial.

### 1933 A 1938



No período entre 1933 e 1938, foram criados os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) como resposta às reivindicações dos trabalhadores, expandindo a assistência médica e aposentadoria aos ramos portuário, navegação marítima e aviação. Cada entidade sindical tinha seu próprio IAP, e os recursos captados eram utilizados para o financiamento da industrialização do país. Como os IAP não tinham serviços de saúde próprios, eles compravam tais serviços do setor privado.

### DÉCADA DE 1940



Em 1941, aconteceu a 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) com o objetivo de propiciar a articulação do governo federal com os governos estaduais, dotando-o de informações para formulação de políticas e concessão de auxílios e subvenções financeiras.

As CNS tiveram um papel importante no desenho de um sistema de saúde universal porque tinham como objetivo avaliar a situação de saúde no país, discutir e interferir nas diretrizes das políticas públicas para o setor. As CNS ocorrem como momentos importantes e reúnem cidadãos pela defesa da garantia de direito em atenção às necessidades da população.

Em 1943, com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a indenização aos acidentados e assistência médica passaram a ser obrigatórias a todos os portadores de carteira de trabalho (GURGEL, 2014).

### 1953



O Ministério da Saúde (MS), criado em 1953, tinha como principais objetivos a definição das políticas públicas de saúde e a ampliação do cuidado à saúde da população rural.

Como podemos observar, o período do Brasil República, que conta com a era Vargas e com a intensificação da industrialização do país, foi um período de conquistas na área da saúde para as pessoas que tinham um emprego formal. Porém, a parcela da população que não possuía carteira de trabalho assinada, e por isso trabalhava na informalidade, continuava a sofrer com a falta de assistência à saúde.

## 1966



Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificou os IAP de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, entre outras). Nesse período, também foi consolidada a assistência médica de serviços privados. Esses serviços eram financiados a fundo perdido pelo INPS para a construção de hospitais, ampliando a oferta de leitos e serviços a fim de atender aos trabalhadores inscritos na previdência social. A utilização inadequada das verbas era regra; o sistema privado vendia ao INPS serviços não realizados.

## DÉCADA DE 1970



Na década de 1970, iniciou-se o movimento de redemocratização. Diante das desigualdades sociais expressas pelas condições de saúde da população, surgiram discussões sobre a necessidade de uma reforma sanitária no país. Nesse período, foram criados o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), em 1979. Essas instituições iniciaram discussões sobre os rumos da saúde pública no país e sobre a formação de profissionais com capacidade de promover mudanças no setor saúde. No final da década de 1970, os serviços privados de saúde proliferaram, financiados pelo próprio governo. Os recursos federais destinados à saúde eram consumidos pela rede privada e rede hospitalar, cabendo às Unidades de Saúde uma pequena parcela desses recursos (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

Em 1977, foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), cuja estrutura era composta pelo Instituto de Administração da Previdência Social (IAPS), pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O INAMPS foi um órgão governamental que prestava assistência aos associados por meio da compra de serviços assistenciais de empresas privadas e hospitalares, ou seja, pessoas sem emprego formal continuavam sem direito de assistência à saúde.

## 1982



Em 1982, foi criado o Programa de Ações Integradas de Saúde, que passou a ser nominado Ações Integradas de Saúde (AIS), que tinham como objetivo a operacionalização da política de saúde, que deveria ser descentralizada, universal e hierarquizada. Esse programa foi um importante instrumento para o movimento sanitário por ter fornecido as bases técnicas e os princípios estratégicos para o seu desenvolvimento. Nesse período, especialmente após a Conferência de Alma-Ata, em 1978, as discussões sobre as desigualdades sociais relacionadas às iniquidades em saúde ganharam projeção e colocaram em destaque o tema dos determinantes sociais de saúde e a sua influência no processo saúde-doença.

Entre os anos de 1964 e 1985 persistiram as desigualdades na assistência à saúde. Apesar de ser uma fase de desenvolvimento do país, de criação de indústrias, avanços da área da habitação, com o foco no crescimento econômico, esse crescimento nem sempre estava associado aos cuidados à saúde. Foram adotadas medidas econômicas como o aumento das tarifas do setor público e a contenção dos salários e direitos trabalhistas, que resultaram em taxas de crescimento do produto interno bruto acima de 10%. No entanto, a desigualdade de distribuição de renda aumentou, piorando as condições de vida das pessoas.

O Sistema de Saúde Pública encontrava-se desorganizado e dividido entre medicina previdenciária e saúde pública. Cabia ao MS o papel de prevenção de doenças em populações constituídas por pobres e pessoas da área rural. A população com vínculo empregatício era assistida pela medicina previdenciária, por meio de ações curativas individuais. Os indicadores de saúde pioraram e as doenças infectocontagiosas aumentaram, como tuberculose, malária, hanseníase, entre outras, todas relacionadas às péssimas condições sanitárias do país, à urbanização progressiva e à má distribuição de renda (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

### 1.5.1 - A reforma sanitária e criação do SUS

Você pode constatar que, no período anterior à criação do atual sistema de saúde brasileiro, existia uma dicotomia importante na política de saúde: o setor da saúde pública realizava ações programáticas – como puericultura e pré-natal – e o controle de doenças infecciosas – como tuberculose e hanseníase –, enquanto o sistema previdenciário ofertava assistência à saúde apenas das pessoas que tinham direito a esse sistema.

Grande parte da população ficava à margem, sem direito de acesso à assistência e cuidado em saúde, recorrendo, quando necessário, aos serviços filantrópicos. O conceito de saúde significava ausência de doenças e, por esse motivo, a assistência à saúde tinha como foco a resolução de doenças, com pouca ênfase na promoção da saúde e na autonomia do sujeito.

Diante desse cenário, movimentos sociais, profissionais de saúde, estudantes, professores de universidades e agentes políticos discutiam a necessidade de mudança do sistema de saúde do país. Declaravam a necessidade de ampliar o conceito e o entendimento de saúde para melhorar a qualidade de vida das pessoas, então bastante precária. Essas discussões com propostas de transformação começaram a ocorrer ainda no período da Ditadura e, em 1970, nasceu o movimento da Reforma Sanitária, com papel importante no processo de redemocratização do país e imprescindível para a definição dos principais temas para a criação de uma política pública que tivesse a saúde como direito de cidadania e dever do Estado.

Contribuição importante para essa discussão e suas consequentes transformações é dada pela discussão dos Determinantes Sociais de Saúde.

## Determinantes sociais de saúde

Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), relacionam-se às condições nas quais os indivíduos vivem, devendo-se considerar os fatores sociais, econômicos, culturais, psicológicos e comportamentais que possam impactar no desencadeamento ou agravamento de problemas de saúde da população.

No diagrama a seguir, você poderá visualizar o modelo Dahlgren e Whitehead, que apresenta a Determinação Social de Saúde e permite a identificação de aspectos para intervenções de políticas, com vistas a minimizar os diferenciais de DSS, originados pela posição social dos indivíduos e grupos:



Figura 1 – Modelo de Dahlgren e Whitehead – Determinação Social de Saúde  
Fonte: Mendes (2011, p. 248)

### VAMOS COMPREENDER O MODELO REPRESENTADO NO DIAGRAMA, DA BASE PARA O TOPO

As características individuais, tais como sexo, idade e fatores genéticos, estão representados na base, indicando a influência que essas podem exercer nas condições de saúde.

Na próxima camada, são considerados o comportamento e os estilos de vida da população, compostos por elementos que estão no limite entre fatores individuais (decisões pessoais) e os DSS (acesso à informação, a espaços de lazer, pressão por pares, entre outros).



Na camada subsequente, estão representadas as redes comunitárias e de apoio, que também podem interferir no estado de saúde dos indivíduos.

Na sequência, encontramos as condições de vida e trabalho, disponibilidade de alimentos, acesso a ambientes e serviços essenciais como saúde e educação, mostrando que pessoas em desvantagem social correm maior risco de desenvolver doenças.

No último nível, estão os macrodeterminantes, relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas.

Todos esses níveis estão intimamente conectados e podem culminar em melhor ou pior qualidade de saúde e de vida, nos âmbitos individual e coletivo da população. Nesse modelo, está representada a divisão social gerada pelo cenário de vida da população, que confere aos indivíduos diferentes posições sociais, as quais geram diferentes contextos e necessidades de saúde.

No Brasil, foi instituída, em 2008, a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), com o papel de produzir conhecimento e apoiar a elaboração de políticas tendo como foco a melhoria das condições de vida da população. Para isso, foi eleito exatamente esse modelo, de Dahlgren e Whitehead.



### **Lembre-se!**

Compreender como os DSS podem afetar a vida dos indivíduos é importante para o pleno sucesso de seu trabalho no cuidado das pessoas, pois irá ampliar sua competência como Médico de Família e Comunidade. Entender esse impacto, compreender o contexto de vida no qual se insere, para explorar as condições do território e buscar maior sucesso no cuidado das pessoas auxiliará você a desenvolver estratégias para minimizar os danos. Ações de educação em saúde e grupos de apoio (grupo operacional contra o tabagismo e conselhos locais de saúde) são exemplos dessas estratégias.

## REFLEXÃO



Você já parou para analisar os determinantes sociais que levam ao adoecimento das pessoas no seu território? Observe as especificidades do seu território. Ele não é um mero espaço geográfico. Ele tem história, valores e crenças. Quais ações você poderia realizar para mudar as condições que afetam a saúde das pessoas do seu território?

Por exemplo: seu território tem um número significativo de tabagistas. A estratégia: criação de grupos para tratamento de tabagistas na unidade de saúde.

Sua população não tem o hábito de filtrar a água. Já pensou em fazer oficinas para ensinar as pessoas a fazer um filtro e discutir a importância de se ingerir água filtrada?

Observe que são ações de governabilidade local, perfeitamente possíveis de serem realizadas. No caso de problemas que extrapolem a sua governabilidade, procure apoio de outros serviços do município para auxiliar na resolução. Lembre-se de que em seu território existe o conselho de saúde local. Dialogue com ele, participe de suas reuniões, planejem juntos as ações que podem melhorar as condições de vida de sua comunidade. Ele é um recurso potente para promover mudanças.

Retomando nossa trajetória, aquelas discussões da Reforma Sanitária foram gradativamente ganhando força e significado, até que, em 1986, temos seu marco fundamental, na VIII Conferência Nacional de Saúde, para o embasamento das teses e propostas aprovadas.

De forma geral, as Conferências de Saúde exercem papel importante nas políticas públicas e acontecem periodicamente. Vejamos quais foram as diferenças entre a VIII CNS e as ocorridas anteriormente.

A primeira diferença foi a amplitude de participantes na conferência. Dela participaram políticos, representantes do setor saúde e representantes da população. Os temas mais importantes discutidos foram:

- A necessidade de reformas significativas no sistema de saúde;
- A mudança do conceito ampliado de saúde;
- O dever do estado de garantir a saúde das pessoas por meio da assistência aos doentes;
- A melhoria das condições de vida, abrangendo alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer.

Foi discutido, ainda, o acesso à posse de terra e aos serviços de saúde a fim de garantir aos indivíduos acesso igualitário e cuidado em saúde, sempre com vistas à melhoria da qualidade de vida.

Outra diferença dessa conferência em relação às demais foi o fato de ela ter mudado o rumo do setor saúde no país, levando em conta:

- A necessidade do acesso universal às ações e serviços de saúde; a necessidade de aumentar o financiamento público do setor saúde;
- A necessidade de unificar e integrar as ações, segundo seu conteúdo (preventivas, curativas e de reabilitação) e no âmbito de sua gestão (integração entre os níveis federal, estadual e municipal de governo e unicidade das estruturas gestoras em cada nível);
- A atribuição de maiores poderes à população para participação ativa na formulação, implementação e controle das ações de saúde.



Foto: CNS - Conselho Nacional de Saúde | Ministério da Saúde

Assim, com base nessas discussões, a VIII CNS aprovou a criação de um sistema de saúde unificado e universal, como direito e não mais como favor, privilégio ou caridade. Ainda nessa CNS foi criada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária para discutir como efetivar mudanças na oferta de assistência à saúde da população.

Dessa comissão surgiu a proposta de criação de um sistema único, com o objetivo de reorganizar as ações de saúde em todo o território nacional, proporcionando acesso universal, integral e igualitário da população aos cuidados à saúde por meio de uma rede hierarquizada e regionalizada de serviços descentralizados, com gestão política também descentralizada e participativa. Esse sistema de saúde teria a

capacidade de ofertar serviços de atenção à saúde de melhor qualidade e resolutividade à população brasileira.

Em 1988, a Constituição Federal (BRASIL, 1998) instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de sua promulgação. Ela define a saúde como direito de todos e dever do Estado, tendo como princípios a universalidade, a integralidade e a equidade. Na Seção II, os artigos de 196 a 200 estabelecem os pontos constitucionais referentes à área da saúde.

Contudo, a Lei nº 8.080, Lei Orgânica da Saúde, foi promulgada somente em 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990). Ela dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Nela foram delineadas as seguintes normativas a serem executadas pelo SUS:

- Assistência à saúde dos indivíduos, as Vigilâncias em Saúde, Sanitária, Epidemiológica e Saúde do Trabalhador;
- Assistência terapêutica integral;
- Financiamento;
- Recursos humanos, entre outros.

Deve-se ressaltar que, na Lei, estão destacados os fatores determinantes e condicionantes da saúde.

Outro importante marco regulatório, ocorrido em 1990, foi a promulgação da Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990), que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Essa lei criou os Conselhos e as Conferências de Saúde, que são espaços vitais para o exercício do controle social, de forma democrática, no SUS.

Apesar dessas mudanças, a saúde no Brasil mantinha um modelo assistencial hospitalocêntrico, marcado pela utilização irracional dos recursos tecnológicos disponíveis e da baixa resolutividade. Na intenção de reorientar esse modelo assistencial, em sintonia com os princípios do SUS, foi criado, em 1994, o Programa Saúde da Família.

Em 2006, com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (revisada pela última vez em 2017), o Programa Saúde da Família tornou-se Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo considerada o modelo para reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), com a proposta de uma atenção à saúde diferente daquela centrada na doença, com responsabilidade sanitária sobre um território, estabelecendo vínculos com a comunidade e tendo o indivíduo e sua família como foco do cuidado.

Como você pode observar, esse caminho percorrido até a criação do SUS foi marcado por importantes mudanças políticas que influenciaram legislações relacionadas, especificamente, à construção de um sistema que respondesse às necessidades de saúde da população. Dessa forma, conhecer os fatores que levam ao adoecimento dos indivíduos da comunidade e o papel na transformação das condições adversas é fundamental para trabalhar na ESF.

Nessa mesma perspectiva, vale reiterar que somos todos usuários do SUS, independentemente de classe social ou poder econômico. Da vacina ao transplante, utilizamos o SUS. Quer outro exemplo? O restaurante em que você faz uma refeição recebe o serviço de vigilância sanitária, que fiscaliza o ambiente e produtos que você consome – o serviço de vigilância sanitária faz parte do SUS. Outro exemplo relevante é a recente pandemia de Coronavírus, que exigiu do SUS a criação de serviços de leitos hospitalares, hospitais de campanha, readequação e incremento de serviços laboratoriais e ações para imunização da população, assim como a readequação dos serviços da APS para assistir pessoas com a doença. Foi preciso criar estratégias em curto intervalo de tempo para adequação dos recursos humanos e estruturais para salvar vidas e tentar controlar a pandemia no país. Destaca-se a integração de diversos setores para o enfrentamento da situação, desde o setor saúde até o judiciário, demonstrando, de forma evidente, que a saúde deve ser construída com diferentes saberes.

### **1.5.2 - Financiamento do SUS**

É provável que, a essa altura, você já tenha se perguntado como se dá o financiamento do SUS e como se organizam os recursos para sustentar essa estrutura.

Desde a sua criação, o SUS enfrenta o problema do subfinanciamento. Todavia importantes medidas foram tomadas, ao longo do tempo, graças à mobilização, ao engajamento e a iniciativas tomadas por representantes do poder legislativo, executivo, judiciário e da sociedade civil para minimizar esse problema e ampliar os recursos financeiros da saúde pública. Essa estrutura e configuração de nosso sistema foram influenciadas pelas reformas dos sistemas de saúde que aconteceram em diferentes países, especialmente nos da Europa Ocidental.

Vale lembrar que no Brasil, historicamente, entre as décadas de 1920 e 1960, a formação do sistema de saúde baseara-se no modelo de seguro social, por meio das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) e depois com os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP). Com o desenvolvimento do capitalismo, as reestruturações do sistema de previdência, assim como das assistências social e médica, marcaram as décadas de 1970 e 1980: ampliação da cobertura previdenciária, medicina com tendências curativa, individual, especializada, criação do complexo médico-industrial, prática médica voltada para o lucro (capitalização da medicina e favorecimento da produção de serviços privados). Como principais características desse modelo, Oliveira e Teixeira (1989 apud ANDRADE, p. 21) no artigo de Soares (2007) citam:

- Uma pretendida extensão da cobertura previdenciária para quase a totalidade da população urbana e rural;
- O privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- A criação, mediante intervenção estatal, de um complexo médico-industrial e

- O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientado em termos de lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento da produção privada desses serviços (SOARES, 2007, p. 2)

Como já vimos no final da década de 1980 a noção de direito à saúde de modo universal e integral começou a se fortalecer e, com a promulgação da Constituição Federal em 1988, o Brasil passou a migrar, em etapas, para o modelo de seguridade social. Por outro lado, embora a Constituição de 1988 tenha estabelecido o direito universal à saúde e imputado ao Estado o dever de dispor de ações e serviços de saúde, ela também possibilitou a coexistência de atividades privadas no campo da saúde.



Fonte: Ministério da Saúde

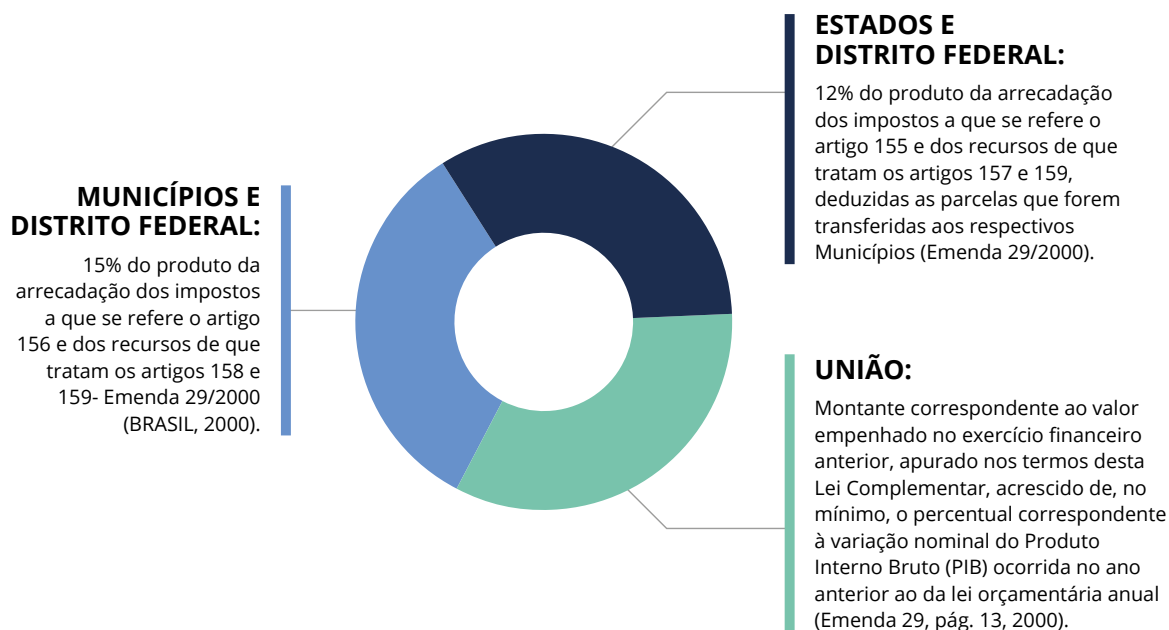
A implantação do SUS levou a uma rápida e ampla expansão da cobertura de serviços, especialmente pelo processo de descentralização e organização do sistema de saúde, delegando para estados e municípios as responsabilidades de gestão dos sistemas loco-regionais (SOARES, 2007).

Os recursos do orçamento federal passaram a ser, progressivamente, repassados, em torno de 70% do seu total, a estados e municípios por transferências diretas do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, conforme mecanismo instituído pelo Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Considera-se que esse modelo de repasse de recursos financeiros entre entes federados seja uma das atividades exitosas do SUS, sendo respeitada por gestores de outros países.

A Emenda Constitucional nº 29, aprovada em 13 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000), estabeleceu disposições transitórias que asseguraram os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços de saúde, sendo essa uma grande conquista para a consolidação do SUS. Tal dispositivo legal estabeleceu a vinculação de pisos de recursos próprios financeiros a serem aplicados pelas esferas de governo federal, estadual e municipal na saúde, garantindo um processo de financiamento mais estável para o SUS. Ele subsidiou o conteúdo da Lei Complementar nº 141, promulgada em 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012).

Tal lei estabeleceu, também, o que são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde e os valores mínimos a serem aplicados em saúde anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e os critérios de rateio para transferências de recursos financeiros. Os entes federados devem aplicar em saúde, anualmente, os valores mínimos percentuais estabelecidos da seguinte forma:





A Emenda Constitucional 86 (BRASIL, 2016) estabeleceu a vinculação da aplicação mínima de recursos da saúde federais (a partir de 2016), devendo chegar a 15% da Receita Corrente Líquida da União.

Até então, mesmo com todas as dificuldades, vinha ocorrendo um movimento de ampliação do financiamento do SUS, contudo, no ano de 2016, ocorreu um retrocesso com a aprovação da Emenda do Teto dos Gastos Públicos (EC 95/2016) pelo Congresso Nacional, que instituiu o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, com vigência de 20 anos, sendo que essa restrição orçamentária atinge o orçamento da União como um todo, não somente do setor saúde.

Deve-se considerar que, com a PEC 95, vigente hoje, o setor saúde continuará enfrentando grandes dificuldades de financiamento do SUS, pois os gastos de custeio e investimento necessários para manter a Rede de Atenção à Saúde aumentam em uma proporção maior que os índices da inflação, além de termos que considerar o crescimento demográfico, o envelhecimento da população, as mudanças constantes no perfil epidemiológico, a necessidade de ampliação de ações e serviços de saúde, a incorporação tecnológica, o provimento de trabalhadores, entre outras necessidades de manutenção e implementação de ações e serviços de saúde, inclusive não previstos, como aqueles decorrentes de pandemias, como a da Covid19.

No que se refere ao financiamento da APS, até 2019, ele era composto, basicamente, pelo Piso da Atenção Básica (PAB), constituído pelos componentes Fixo e Variável. O PAB Fixo era obtido multiplicando-se a população residente do município pelo valor *per capita*, que variava entre R\$ 23,00 e R\$ 28,00.

Para esse cálculo, era usada a estimativa populacional de 2016 do IBGE e a distribuição dos municípios em quatro faixas, de acordo com os seguintes indicadores:

- PIB *per capita*;
- Percentual da população com plano de saúde;
- Percentual da população com Bolsa Família;
- Percentual da população em extrema pobreza e densidade demográfica.

O PAB Variável dependia de credenciamento e implantação de estratégias e programas, tais como Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal (eSB) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entre outros. Em resumo, o financiamento do PAB era baseado na lógica *per capita* populacional e por adesão de estratégias.

A partir da publicação da Portaria nº 2.979 GM/MS/2019, de 12 de novembro de 2019, que instituiu o Programa Previne Brasil, foi estabelecido um novo tipo de financiamento, definindo-se o custeio da APS como um modelo misto de pagamento que busca estimular o alcance de resultados e é composto pelos seguintes itens:



O repasse financeiro para municípios depende da avaliação dos indicadores de saúde: pré-natal, saúde da mulher, infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose, entre outros. Esses indicadores de saúde são muito mais que simples números – configuram-se como forma de organizar o serviço para prestar assistência de qualidade à população.

Nesse sentido, o financiamento do SUS continuará sendo, nos próximos anos, objeto de disputa e de luta, seja para se conquistar maiores recursos financeiros, seja para suprir a necessidade de aprimoramento na distribuição desse financiamento entre as várias áreas, setores, ações e serviços de saúde no país.



## REFLEXÃO



Qual a sua responsabilidade na gestão dos recursos do SUS? Cada vez que você solicita um exame desnecessário você está onerando o SUS e, às vezes, provocando uma iatrogenia. Vamos pensar em algumas situações. É necessário pedir uma bateria de exames de rotina aleatoriamente? Não seria melhor, em certos casos, estimular atitudes saudáveis? Encaminhamentos para especialistas focais sem indicação formal estão corretos?

## 1.6 - PRINCÍPIOS DO SUS

Conhecimento dos princípios do SUS e o respeito a eles são fundamentais para garantia do direito da população à saúde, uma vez que são eles que ofertam o referencial ético, político e técnico para orientar o planejamento, a programação e o funcionamento do sistema, considerando a dimensão do território, a diversidade das necessidades, os recursos humanos e materiais do sistema de saúde.

Para atuar em uma Unidade de Saúde da Família, você deve conhecer e aplicar esses princípios no seu cotidiano de trabalho, por serem a base do sistema de saúde, norteadores de todas as ações.

Tais princípios foram estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde n. 8.080, de 1990, devendo ser seguidos por todos os serviços públicos no território nacional, incluindo estratégias que envolvam a população na elaboração e fiscalização das políticas públicas de saúde por meio do controle social e participação da comunidade. Assim, são princípios do SUS:



### UNIVERSALIDADE

A universalidade pressupõe a saúde como um direito individual/coletivo, garantido pelo Estado por meio das políticas públicas de saúde, econômicas e sociais. Toda a população do país tem direito à atenção à saúde, sem discriminação de cor, classe social, raça, sexo, ou qualquer outra peculiaridade que a pessoa traga consigo. É um direito garantido pela Constituição Federal, em seu artigo 196, cabendo ao Estado regular, fiscalizar, controlar e executar (prestar serviços) diretamente ou por meio de terceiros (saúde suplementar). Para garantir a universalidade, é preciso que o acesso das pessoas aos serviços de saúde seja facilitado. Nas unidades de saúde, em especial, é preciso organizar o trabalho para acolher todo usuário, permitindo a identificação de sua necessidade e a elaboração de uma resposta adequada à demanda apresentada. Todo e qualquer indivíduo do país tem direito às ações e serviços de saúde no SUS, portanto observe o trabalho em sua unidade e avalie se existe algum tipo de barreira para a efetivação desse princípio.



### EQUIDADE

Esse princípio procura reduzir a desigualdade entre os indivíduos ao implantar políticas públicas para melhorar a condição de vida de sua população. Deve-se ressaltar que a saúde extrapola o conceito de ausência de doenças, sendo necessário reduzir as desigualdades socioeconômicas entre as pessoas, grupos e comunidades, proporcionando dessa forma condições para que todos tenham qualidade de vida.

É fundamental que os serviços de saúde reconheçam que cada pessoa é única, que tem particularidades e diferentes necessidades. Esses serviços têm que desenvolver estratégias e criar condições para reduzir ao máximo as barreiras de acesso aos serviços de saúde que as pessoas enfrentam, de forma que o direito ao acesso seja garantido para todos, mas oferecendo mais àquelas pessoas e grupos que têm maior necessidade e vulnerabilidade, diminuindo as desigualdades. Cabe à gestão identificar as populações de maior vulnerabilidade socioeconômica e, nesses locais, investir maiores recursos em saúde, com o intuito de ofertar serviços de saúde a quem mais precisa. O conceito de equidade não deve ser confundido com o de igualdade. Do ponto de vista da igualdade, as pessoas são tratadas de forma igualitária, sem o reconhecimento das diferenças econômicas, sociais e culturais.



### INTEGRALIDADE

Atender integralmente ao cidadão significa resolver suas necessidades e demandas, entendendo que o processo saúde-doença envolve muitas variáveis, tais como: trabalho, educação, família, comunidade, espiritualidade, cultura, etc. Esse atendimento integral implica ouvir empaticamente as necessidades das pessoas; compreender o seu grau de sofrimento com determinada situação e como a família reage; interagir com a comunidade; conhecer o que está por trás da doença; e, principalmente, conhecer a pessoa com a doença para estabelecer o seu plano de cuidado.

Outro aspecto para que haja a integralidade do cuidado no SUS é a existência de recursos no sistema de saúde para resolver as demandas em saúde dos usuários. O SUS deve oferecer ações individuais e coletivas nos diferentes pontos da rede de atenção à saúde, sempre realizando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. O sistema de saúde deve ser pensado e organizado de forma a garantir que existam serviços estruturados para a resolução dos problemas de saúde de sua população.

Para pensar em como esses princípios devem embasar o cuidado, procure visualizar quais são, por exemplo, as barreiras de acesso que as pessoas enfrentam para conseguir uma consulta em sua unidade de saúde? Pense no caso de um usuário que não consegue atualizar sua carteira vacinal porque a unidade de saúde funciona em horário comercial ou na situação de um indivíduo que não consegue fazer um exame complementar por estar em uma fila de agendamento que não qualifica as solicitações ou ainda naquela mulher que não consegue agendar seu preventivo porque a pessoa que faz a coleta é do sexo masculino e o marido não permite que ela faça o exame.

Trabalhar conforme esses princípios significa reconhecer que existem pessoas que enfrentam barreiras de acesso aos serviços e criar condições para reduzir ao máximo essas barreiras, de forma que o direito ao acesso seja garantido a todas as pessoas.

## **FECHAMENTO DA UNIDADE**

Nessa unidade, você teve a oportunidade de entender o que é um sistema de saúde e quais as formas de organização e de financiamento existentes. Você pode observar, também, que todos esses sistemas têm suas fragilidades e estão em constante modificação para responder às necessidades das diferentes populações, ou seja, nenhum sistema de saúde é imutável.

Você conheceu mais de perto a formação do SUS, fruto dos sonhos e do trabalho de diversas pessoas/instituições, com princípios bem delineados, baseados no conhecimento de evidências científicas que demonstram o quanto sistemas de saúde universais contribuem para melhoria da qualidade de vida e para a diminuição de índices de desigualdade. Tem, sim, como os demais sistemas mundo a fora, suas fragilidades situadas, principalmente, no financiamento, na interpretação dos objetivos dos serviços, nas mudanças para que seja centrada na APS, considerando a integralidade, a universalidade e a equidade em todas as ações desenvolvidas.

Para finalizar essa etapa, sugerimos que você analise de que forma o processo saúde-doença está associado aos DSS e avalie como utilizar esse conhecimento no seu cotidiano do serviço. Como é possível, por exemplo, prescrever uma atividade física, como uma caminhada, se o território no qual a pessoa mora não é adequado? Como transformar esses conhecimentos, aqui adquiridos, em ações conjuntas para transformação desse território em local para existência de uma comunidade mais saudável?

UNIDADE 02

# Organização do sistema de saúde

## OBJETIVO GERAL DA UNIDADE

Associar os aspectos teóricos a respeito da organização do sistema de saúde brasileiro, suas diretrizes e políticas com as ações encontradas no seu cotidiano profissional.

## OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- Relacionar os aspectos teóricos da organização do sistema de saúde com os cenários da prática;
- Entender a importância da rede de atenção à saúde na consolidação do atributo essencial de coordenação do cuidado na Atenção Primária à Saúde;
- Propor ações clínicas com base nos atributos da Atenção Primária à Saúde nas Redes de Atenção à Saúde;
- Reconhecer os marcos jurídicos e normativos do SUS;
- Compreender como os marcos jurídicos e normativos buscam responder às necessidades de saúde da população brasileira.

## INTRODUÇÃO

Na unidade I, você pode ver que o SUS é regido por princípios, também denominados marcos doutrinários, definidos no artigo 198 da Constituição Federal com o objetivo de garantir uma atenção à saúde de qualidade à população (BRASIL, 1988). Para que esses princípios sejam efetivados, agora, nessa unidade, você irá estudar as definições ou a linha guia orientadora para a implantação de um serviço/sistema. Tal orientação é composta pelas diretrizes do SUS – também conhecidas como marcos organizativos –, norteadoras dos gestores e trabalhadores no desenvolvimento do cuidado à saúde em âmbito nacional.

### 2.1 - DIRETRIZES DO SUS

Compreender as diretrizes que regem o trabalho no SUS, é importante na medida em que são elas que definem como o sistema de saúde deve funcionar em todo o país, auxiliando você a avaliar como o serviço de que faz parte precisa estar em consonância com tais conceitos.

#### 2.1.1 - Controle social: Participação da população na gestão do sistema

É um direito previsto na Constituição que a população, por meio de suas entidades representativas, participe do processo de formulação das políticas de saúde e do monitoramento da sua execução no SUS (MATTA, 2007). A Lei nº 8.142, de 1990 (BRASIL, 1990), regulamenta a participação popular e institui as conferências e conselhos de saúde como instrumentos deliberativos para estimular a participação no controle social.

São objetivos da participação popular:

01

**Garantir o controle social sobre o sistema e a melhor adequação da execução à realidade referida.**

02

**Permitir compreensão mais abrangente do próprio usuário na concepção de saúde-doença.**

03

**Fortalecer a democratização do poder local, com o aumento da influência da população nas ações em saúde.**

04

**Definir as políticas sociais.**

Nessa perspectiva, a participação popular é a diretriz que considera a população como corresponsável na gestão do SUS, por meio de sua representatividade no planejamento e programação das políticas públicas de saúde e fiscalização das ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS, analisando e deliberando sobre as aplicações financeiras realizadas pelos municípios, estados e União na gestão da saúde.



**Lembre-se!**

Ao reconhecer, em seu território, uma necessidade não resolvida pela oferta de serviços do sistema de saúde, chame o conselho local de saúde, discuta estratégias para encaminhar as demandas para o conselho municipal de saúde, que, com a gestão local, vai definir estratégias para a resolução dos problemas/demandas identificadas.

### 2.1.2 - Descentralização: comando centralizado e descentralizado das ações nacionais, regionais e municipais

O Brasil é uma república federativa composta de três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Elas compartilham a responsabilidade pelo poder e pelo financiamento do SUS, não havendo hierarquia entre elas e, nessa perspectiva, têm a responsabilidade conjunta de garantir à população a atenção à saúde, de forma direta ou indireta, com maior eficiência e qualidade.

As atribuições e competências das três esferas de governo estão descritas na Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080, de 1990 (BRASIL, 1990). Dentre as atribuições destacam-se:



Essas competências/atribuições têm de ser adaptadas para cada uma das políticas de saúde, como PNAB, rede de urgência/emergência, rede hospitalar, entre outras. Já o detalhamento dessas competências e o papel de cada esfera de poder foram definidos na Norma Operacional Básica 96 (Portaria nº 1.742, de 30 de agosto

de 1996). Nesse documento, o modelo de gestão foi redefinido, tornando-se um processo que estimula a descentralização das ações e serviços, cabendo ao gestor municipal prover à população de seu município a atenção à saúde segundo as necessidades locais, com a participação dos poderes estadual e federal por meio de apoio técnico e financeiro. Com isso, a gestão da saúde passou a estar mais próxima da realidade da população, entendendo-se que quanto mais perto o gestor estiver dos problemas de uma comunidade, mais chance terá de acertar na resolução deles (MATTA, 2007).

### REFLEXÃO



E no seu cotidiano de trabalho, como você identifica essa necessidade de descentralização na unidade em que atua?

### 2.1.3 - Regionalização e hierarquização

A regionalização e a hierarquização fazem parte de outra diretriz do SUS, com vistas a operacionalizar a descentralização.

Define-se região de saúde, de acordo com o Decreto 7.508, de 2011 (BRASIL, 2011), como espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitados, respeitando as 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.

A regionalização é, dessa forma, um processo de articulação entre os gestores municipais para a adequada organização dos serviços do sistema de saúde, levando em conta a hierarquização dos mesmos em uma Rede de Atenção à Saúde – RAS.



#### Lembre-se!

A RAS, conforme Mendes (2010), caracteriza-se como um conjunto de serviços de saúde responsável por ofertar atenção integral, resolutiva, humanizada, contínua e em tempo oportuno a uma determinada população, sendo coordenada pela APS. Destaca-se como uma de suas principais funções a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a APS como centro de comunicação, que tem como reponsabilidade a atenção longitudinal e integral às necessidades de sua população.



A hierarquização é uma forma de organização de pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) entre si, com fluxos e referências estabelecidos, com objetivo de garantir formas de acesso aos serviços que façam parte da RAS, com maior densidade tecnológica requerida pela condição clínica do usuário, nos limites dos recursos disponíveis em determinada região. Os serviços de saúde devem ser organizados tendo os serviços da APS como centro do cuidado das pessoas, com serviços com tecnologias leves (menor densidade tecnológica) e profissionais generalistas ou com formação em saúde da família, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados segundo critérios epidemiológicos, com definição e conhecimento da população a ser atendida (MATTA, 2007).

É importante frisar que o termo *hierarquização* não carrega o sentido de que um serviço de saúde é superior ou guarda maior complexidade em relação a outro: os serviços diferem pelos seus *objetivos* e *densidade tecnológica*. Os serviços terciários utilizam, predominantemente, tecnologias duras, e os serviços da APS, tecnologias leves – as relacionais, não destituídas de complexidade (MERHY; ONOCKO, 1997). O conceito de hierarquização de serviços assume esse formato quando o sistema de saúde é redesenhado a partir do conceito de RAS – Rede de Atenção à Saúde – organizada de forma poliárquica, tendo a APS como o primeiro nível de atenção e ponto central do cuidado a ser ofertado em conjunto com os demais níveis de atenção.

### Níveis de atenção à saúde

No sistema de saúde organizado a partir dessas diretrizes, a APS se identifica como o primeiro ponto da Rede de Atenção à Saúde para o contato das pessoas com o sistema de saúde, caracterizado por:

- Atendimento sem restrição de acesso, independentemente de gênero, condições socioculturais e problemas de saúde;
- Abrangência e integralidade nas ações individuais e coletivas;
- Continuidade (longitudinalidade) e coordenação do cuidado ao longo do tempo, nos planos individual e coletivo, mesmo quando há encaminhamento das pessoas para outros pontos de atenção do sistema de saúde.

Já a atenção secundária é formada pelos serviços especializados em níveis ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre atenção primária e terciária. Esse ponto da RAS é composto de serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência.

Por sua vez, a atenção terciária é o ponto da RAS em que estão reunidos os serviços de maior densidade tecnológica e especialistas focais. É representada pelos hospitais e equipamentos mais avançados, como aparelhos de ressonância magnética, além de profissionais altamente especializados, tendo por finalidade garantir o suporte mínimo necessário para preservar a vida dos pacientes.

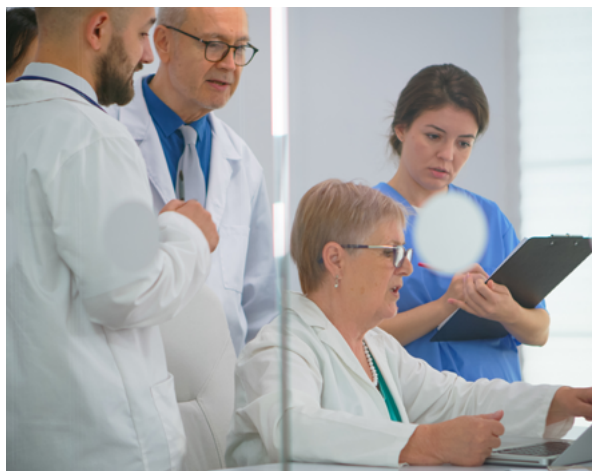


Foto por DCStudio | Freepik.com

Como você deve estar observando, os princípios e as diretrizes, que embasam essa estrutura, são necessários para efetivar uma saúde digna e de qualidade para a população, assim como para dar uniformidade entre os diferentes serviços. Em um país com substancial extensão de território e com uma força de trabalho formada em instituições de ensino que nem sempre promovem a reflexão sobre as especificidades do sistema de saúde assim organizado, esses princípios e essas diretrizes precisam estar bem definidos.

Você deve observar, também, o quanto os profissionais das equipes de saúde necessitam discutir as formas pelas quais é possível efetivar tais princípios e diretrizes na prática, analisando seus processos de trabalho, seu vínculo com a comunidade e as vulnerabilidades existentes. Somente assim, cumprimos o nosso papel dentro dessa estrutura.

Espera-se, desse modo, que o cuidado oferecido pelas equipes seja integral, que entenda os indivíduos no seu contexto familiar e comunitário, valorizando a sua vivência pessoal, a sua forma de ação/reação, de modo a promover a sua autonomia. É importante que esses profissionais reconheçam que aquele indivíduo que procura o serviço de saúde traz consigo uma bagagem de experiências únicas que fazem parte de sua história de vida e deve ser respeitado em sua singularidade. Na APS, o vínculo, a escuta qualificada e a capacidade de desenvolver empatia são essenciais para cuidar das pessoas.

## 2.2 - REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Nessa seção vamos aprofundar o conceito de Rede de Atenção à Saúde, seus aspectos organizacionais e a importância de conhecer os elementos que a constituem, para que seja possível cuidar das necessidades dos indivíduos.

### 2.2.1 - Conceito e organização

Você já deve ter compreendido a dimensão e a complexidade do SUS. Para organizar as ações e serviços de saúde com diferentes densidades tecnológicas de forma resolutiva, foi implantada a Rede de Atenção à Saúde – RAS – por meio da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010). Nessa portaria estão estabelecidas as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS. Posteriormente, essa organização foi atualizada pela Portaria de Consolidação nº 03, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017).

Como a saúde depende de múltiplos saberes, esse cuidado deve ser, preferencialmente, multiprofissional, com seus respectivos núcleos de competência, construindo um plano de cuidados para as pessoas, pactuando com toda a equipe a responsabilidade sanitária do território adscrito (MENDES, 2010). Essa perspectiva participativa estende-se ao usuário, que também deve ser protagonista de seu cuidado.

Os sistemas devem ser integrados com sistema de referência e contrarreferência, tendo como objetivo principal o cuidado das pessoas. A APS também tem o papel de ser a ordenadora da RAS. Para isso, é necessário conhecer as necessidades de saúde da população – diagnóstico importante tanto para o planejamento do financiamento, quanto das ações e serviços que deverão ser executados para dar respostas às especificidades da comunidade.

A falta de articulação anterior a essa perspectiva em rede, com pouca comunicação entre os diferentes pontos de atenção, levava, principalmente, à fragmentação do cuidado das pessoas, conforme você pode observar no quadro a seguir:

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela APS
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos
População	Voltado para indivíduos isolados	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS
Sujeito	Paciente que recebe prescrição dos profissionais de saúde	Agente corresponsável pela própria saúde
A forma de ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas usuárias	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa usuária, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária e com busca ativa

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre Determinantes Sociais de Saúde (DSS) intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Modelo de atenção à saúde	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os DSS intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas
Modelo de gestão	Gestão por estruturas isoladas (gerência hospitalar, gerência da APS, gerência dos ambulatórios especializados, etc.)	Governança sistêmica que interage com a APS, com os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede
Planejamento	Planejamento da oferta baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores	Planejamento das necessidades, definido pela situação das condições de saúde da população adscrita e de seus valores de preferências
Ênfase do cuidado	Cuidado profissional centrado nos profissionais, especialmente os médicos	Atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias de suas famílias e com ênfase no autocuidado apoiado
Conhecimento e ação clínicas	Centrados nos profissionais, especialmente médicos	Partilhada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias
Tecnologia de informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes da RAS	Integrada utilizando os dados do cartão de identidade das pessoas usuárias e de prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da RAS
Organização territorial	Territórios político-administrativos definidos por uma lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento por valor global ou por captação de toda a rede

CARACTERÍSTICA	SISTEMA FRAGMENTADO	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede

Quadro 2 - Diferenças entre sistema fragmentado e em rede

Fonte: Mendes, 2011.

Perceba como um sistema em rede tem maior chance de oferecer uma assistência adequada à população. Na RAS, a assistência ocorre de modo ampliado com vistas à integralidade do cuidado. O foco não está somente em intervenções curativas, mas também envolve promoção, prevenção e recuperação da saúde, considerando os DSS e a participação ativa da comunidade (MENDES, 2011).

Para que a RAS seja implantada e funcione como se espera, é importante que todos, como você, que fazem parte dela, conheçam a sua estrutura, constituída de três elementos:

- População
- Estrutura operacional
- Modelo de atenção

População, você bem sabe, já temos e aprendemos a conhecê-la fazendo o diagnóstico do território adstrito a unidade de saúde em que atuamos.

A estrutura operacional apresenta cinco componentes conforme a figura a seguir:

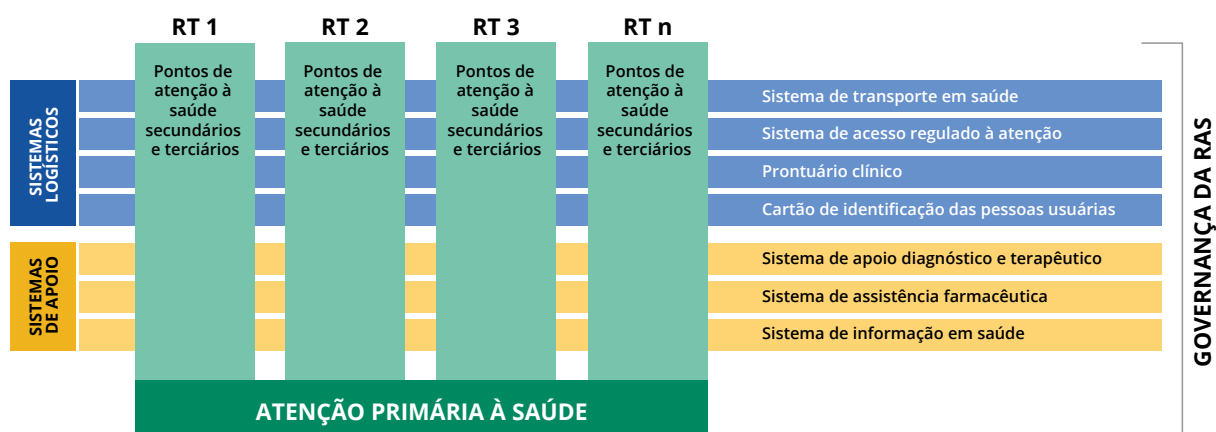


Figura 2 – Estrutura operacional da RAS.

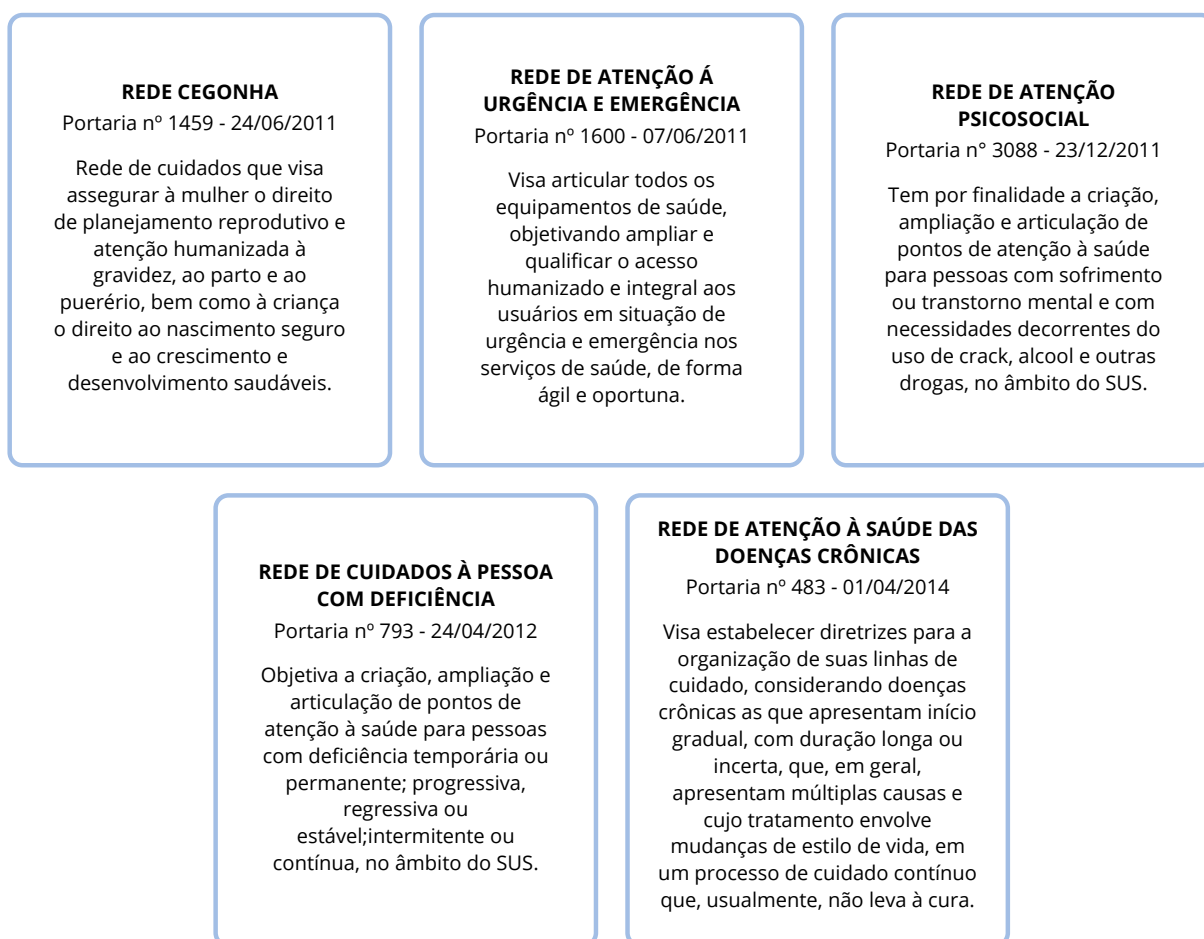
Fonte: Mendes (2011).

Nota: RT são redes temáticas, por exemplo rede de atenção à saúde da mulher.

## 2.2.2 - Organização da rede e coordenação do cuidado

Os esforços para a implementação de redes de atenção com foco nas necessidades de saúde da população brasileira se intensificaram após a definição de prioridades das agendas de saúde federal, estadual e municipal e na construção de Redes Temáticas de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014).

As Redes Temáticas de Atenção à Saúde buscam garantir a integralidade do cuidado e estão integradas ao sistema de saúde por meio de apoio técnico, logístico e de gestão. Por serem redes com temas de cuidado específicos, é importante que você conheça cada uma delas, assim como seus objetivos, apresentados a seguir.





Ainda que, ao longo do tempo, o SUS tenha alcançado notório progresso, proporcionar redes de atenção integrais baseadas na APS continua sendo um desafio, pois, é simultaneamente, essencial a qualificação da APS, bem como a organização dos demais pontos de atenção para garantia do efetivo exercício do atributo de coordenação do cuidado – indicado internacionalmente como fundamental para a organização dos sistemas, facilitação do acesso, qualidade e continuidade da atenção – que integra os diferentes pontos de atenção no sistema de saúde.

Para realizar a coordenação do cuidado, é necessário que os diferentes pontos da rede estejam interligados e atuem com o mesmo objetivo – prestar o cuidado necessário à demanda em saúde do usuário. Cabe ao profissional da APS e à gestão desenvolverem estratégias para:

- Reduzir as barreiras de acesso aos serviços prestados entre os diferentes pontos da rede;
- Melhorar os fluxos e contrafluxos dos usuários dentro do sistema de saúde;
- Promover a integração dos diversos pontos da RAS, almejando a construção de um cuidado integral e sem fragmentação.

Falhas na coordenação do cuidado podem causar erros de diagnóstico e de tratamento, uso indevido e desperdício de recursos públicos, aumento das filas de espera e hospitalizações desnecessárias.

A APS tem, assim, papel fundamental na ordenação da rede, ao proporcionar informações para a gestão planejar e implantar os serviços necessários para garantir o cuidado da população. Chueiri, Harzheim e Takeda (2017) sintetizam no quadro a seguir os atributos da RAS e APS assim como seus papéis no que se refere à coordenação do cuidado e à ordenação da rede.

 <b>COORDENAÇÃO DO CUIDADO INDIVIDUAL NA RAS</b>		 <b>ORDENAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	
<b>Atributos das RAS (OPAS):</b> Primeiro nível multidisciplinar, que cobre toda a população. É porta de entrada ao sistema, que integra e coordena a saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população. (atributo 3)	<b>Atributos das RAS (OPAS):</b> Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo de serviços de saúde. (atributo 5)	<b>Atributos das RAS (OPAS):</b> População e território definido, amplo conhecimento de suas necessidades de saúde e preferências nas questões de saúde que determinam a oferta de serviços (ordenação dos serviços). (atributo 1)	<b>Atributos das RAS (OPAS):</b> Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com a decomposição dos dados por sexo, idade, lugar de residência, etnia. (atributo 12)
<b>Atributos da APS (Starfield):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acesso;</li> <li>• Primeiro contato;</li> <li>• Integralidade;</li> <li>• Coordenação da atenção.</li> </ul>	<b>Atributos da APS (Starfield):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordenação da atenção;</li> <li>• Integralidade.</li> </ul>	<b>Atributos da APS (Starfield):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadastro de paciente e Longitudinalidade, atenção orientada à pessoa fornecida ao longo do tempo;</li> <li>• Acesso;</li> <li>• Primeiro contato.</li> </ul>	<b>Atributos da APS (Starfield):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cadastro de paciente e Longitudinalidade, atenção orientada à pessoa fornecida ao longo do tempo;</li> <li>• Coordenação da atenção;</li> <li>• Acesso primeiro contato;</li> <li>• Integralidade.</li> </ul>
<b>Função da APS nas RAS (Mendes):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidade;</li> <li>• Comunicação.</li> </ul>	<b>Função da APS nas RAS (Mendes):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidade;</li> <li>• Comunicação.</li> </ul>	<b>Função da APS nas RAS (Mendes):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidade.</li> </ul>	<b>Função da APS nas RAS (Mendes):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabilidade;</li> <li>• Comunicação.</li> </ul>

Quadro 3 - Síntese dos atributos da RAS, da APS e da função da APS nas RAS

Fonte: Chueiri, Harzheim e Takeda (2017).



Você deve se perguntar como reduzir a fragmentação e garantir a integralidade da assistência à saúde? A estratégia utilizada para esse fim está definida nas Linhas de Cuidados (LC), em que são estabelecidos os fluxos assistenciais a serem garantidos ao usuário para resolver suas demandas. Nas LC estão definidos os serviços e ações que precisam existir em cada ponto da rede.

Um exemplo de LC é a de doenças renovasculares, que se inicia na APS com atividades de promoção de vida saudável, diagnóstico e controle de hipertensão arterial e diabetes, identificação oportuna de insuficiência renal e encaminhamento para atenção especializada. Imagine um fluxo assistencial para um paciente renal crônico no qual estejam faltando recursos diagnósticos ou um serviço de diálise. Nesse cenário, o cuidado deixaria de ser integral.

### REFLEXÃO



Para uma boa coordenação do cuidado, é primordial conhecer a rede assistencial na qual estamos inseridos. Você conhece a estrutura da rede em que atua? Quais os serviços disponíveis e como funcionam os fluxos? Onde conseguir essas informações: converse com o gerente da unidade de saúde, com o administrativo, procure conhecer como se dá o agendamento de consultas com outras especialidades em seu município ou na sua região de saúde. Seu município tem uma página na internet? A secretaria de saúde do seu estado tem uma página própria? Procure essas informações para conhecer os outros pontos da rede de atenção à saúde.

### 2.2.3 - Modelos de atenção à saúde

Vamos falar um pouco sobre o terceiro elemento, apontado no tópico anterior, necessário para a organização da RAS – o modelo de atenção.

A construção de um sistema de saúde em um determinado país, no qual se concretizem os princípios da universalidade, integralidade e equidade, depende de mudanças no modelo até então vigente. Conforme sintetiza Teixeira (2006):

Modelos assistenciais, segundo Paim (1993, 1998, 1999), podem ser entendidos como “combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, não sendo, portanto, simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde”. Nessa perspectiva, os modelos de atenção à saúde são “formas de organização das relações entre



sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas. (TEIXEIRA, 2006,p.24)

No Brasil, devido ao seu processo histórico de desenvolvimento do sistema de saúde, podemos identificar modelos de atenção hegemônicos e modelos alternativos (FERTONANI et al., 2015). Por muito tempo, dois tipos de modelos hegemônicos coexistiram no Brasil:


- Modelo médico assistencial privatista;
- Modelo sanitaria.

Ambos são voltados para a demanda espontânea (modelo médico centrado na queixa-conduta) ou buscam atender a necessidades voltadas ao coletivo (modelo sanitaria), por isso não contemplam a integralidade como fundamento.

A partir da VIII CNS, passou-se a discutir problemas relacionados às desigualdades no acesso aos serviços, ausência de integralidade das ações e inadequação dos serviços às necessidades em saúde. Nas conferências seguintes, o tema modelo de atenção foi desenvolvido e debatido, culminando na defesa de um sistema de saúde não apenas universal e igualitário, mas também organizado de modo a promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas. Assim, diversas iniciativas foram empreendidas no intuito de superar os limites dos modelos hegemônicos.

Com o objetivo de facilitar o estudo voltado para uma análise comparativa entre os modelos, organizamos o Quadro a seguir com as características do modelo biomédico (modelo hegemônico) e da ESF/PNAB (modelo alternativo). Observe as principais estratégias de mudanças no modelo assistencial.

MODELO BIOMÉDICO		SAÚDE DA FAMÍLIA
<p>Hegemônico nos serviços de saúde. Organização das práticas de saúde com foco nas queixas dos indivíduos que procuram os serviços na identificação de sinais e sintomas e no tratamento das doenças. A promoção da saúde não é prioridade.</p>	X	<p>Surge em 1994 e passa a constituir-se em estratégia privilegiada para superação dos problemas decorrentes do modelo biomédico e efetivação dos princípios do SUS. Desenha um “novo modelo assistencial à saúde”, inspirado na Atenção Primária à Saúde (APS), ampliando a abordagem aos problemas de saúde. Articula ações de promoção da saúde, de prevenção e tratamento de doenças e de reabilitação.</p>

MODELO BIOMÉDICO 	X	 SAÚDE DA FAMÍLIA
Prioriza a assistência individual, com ênfase na especialização e no uso de tecnologias do tipo material. Organiza a assistência a partir da demanda espontânea.	X	Propõe a atenção à saúde com foco na família, grupos e comunidades. O indivíduo é entendido com um ser histórico e social, que faz parte de uma família e de determinada cultura. Considera os fatores determinantes de processo saúde-doença para o planejamento em saúde e propõe promoção da autonomia e da qualidade de vida.
O trabalho é desenvolvido de forma fragmentada, com predomínio de práticas hierarquizadas e de desigualdade entre as diferentes categorias profissionais.	X	Prevê o trabalho em equipe multiprofissional que deve atuar na perspectiva interdisciplinar.
Apresenta dificuldade na implantação da integralidade, tanto no entendimento da multidimensionalidade do ser humano, quanto na integração entre níveis de atenção. Falta de comunicação e integração entre os serviços que compõem as redes.	X	Resgata o conceito de integralidade, indicando a atenção básica como porta privilegiada de acesso, articulada aos demais níveis de atenção. Prevê a construção de uma rede integrada de serviços de saúde que atenda ao conjunto das necessidades de assistência de indivíduos e populações. A relação entre os níveis de complexidade inclui referência e contrarreferência.
Formação profissional e produção de conhecimento fundamentado no modelo flexneriano, de 1910. Profissionais de saúde formados por currículos que pouco valorizam o SUS e o modelo da Saúde da Família.	X	Reconhece a importância de formar recursos humanos para o SUS.
O planejamento em saúde é pouco utilizado como ferramenta de gestão, e temas como vínculo e acolhimento não são priorizados.	X	Assume como um dos eixos centrais das práticas a construção de relações acolhedoras e de vínculo de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde, gestores e população.

Quadro 4 – Características do modelo biomédico (modelo hegemônico) e da ESF/PNAB (modelo alternativo),  
Fonte: Fertoni et al. (2015).

O modelo da ESF alinha o processo de trabalho aos princípios do SUS e contempla as propostas de se garantir saúde das pessoas. Ele resgata a importância do cuidar e posiciona a população como foco principal do cuidado, valorizando o trabalhador da saúde (FERTONANI et al., 2015) e estimulando a autonomia do usuário no processo de recuperação da saúde.

Um sistema de atenção à saúde alicerçado na APS e fundamentado nos princípios da Declaração de Alma-Ata (1978) prevê equidade, acesso universal e participação popular. Concentra-se, assim:

- Nas questões sanitárias gerais no âmbito populacional;
- Na criação de condições para assegurar a oferta de serviços de maneira incluyente;
- Na organização da atenção integrada com vistas à prevenção;
- Na atenção às condições agudas e crônicas em todos os serviços;
- Na avaliação contínua de seu desempenho.

Como você pode perceber, mudar um modelo de atenção não é tão simples e, apesar dos esforços para a implementação da RAS, o modelo biomédico hegemônico ainda está presente no SUS. A substituição desse modelo pelo de redes integradas de saúde ocorre de forma gradual e envolve diferentes fatores, principalmente:

- A mudança da formação profissional;
- A substituição de práticas no desempenho das funções em unidades de saúde;
- O nível de comprometimento técnico fundamentado nas diretrizes da APS e da RAS.

Após este estudo, provavelmente você consiga vislumbrar com mais clareza a importância do seu trabalho e da sua responsabilidade para o aprimoramento da qualidade de saúde da sua população.

## REFLEXÃO



É importante você analisar a sua prática diária na atenção aos seus usuários. O atendimento é baseado somente na doença? Você investiga os fatores que levaram ao adoecimento? Quem é a pessoa que está doente? A sua formação acadêmica o instrumentalizou para desenvolver o cuidado ampliado a esse usuário? A RAS de seu município tem recursos para realizar o atendimento integral a esse usuário que o procura? Todos os conhecimentos que você vem adquirindo devem ser aplicados no seu trabalho com a comunidade na qual está inserido com a finalidade de adequar os diferentes serviços para de fato realizar um cuidado ampliado às pessoas de sua comunidade.

## 2.3 - POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE

Agora você vai ter a chance de conhecer as principais políticas de saúde vigentes e como elas são essenciais para prestar um cuidado integral e resolutivo aos usuários da APS. Tenha em mente, contudo, que o SUS é um sistema que se encontra sempre em evolução, e as políticas refletem as respostas às necessidades de saúde dos diferentes territórios em determinados recortes de tempo.

### 2.3.1 - Política Nacional da Atenção Básica

Trata-se da política que regulamenta o trabalho no qual estamos inseridos a fim de definir a nossa importância para a execução das atividades na ESF.

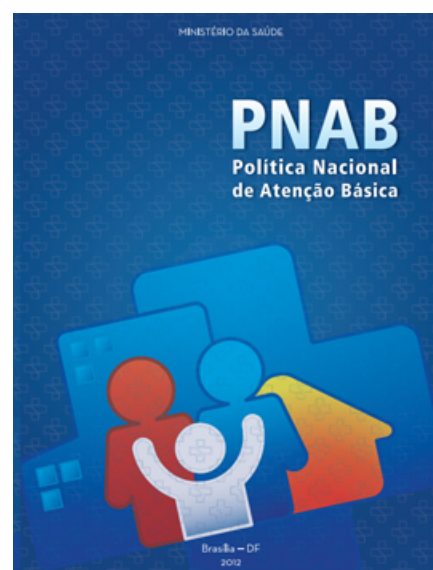
A primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi publicada pelo governo federal em 2006 (BRASIL, 2006) com o objetivo de estabelecer diretrizes organizacionais, levando em conta os princípios propostos pelos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão e a expansão nacional da ESF, reafirmando esse modelo como prioritário na condução da APS.

Com a publicação dessa portaria foi iniciada a discussão da organicidade institucional do sistema em redes de atenção, com recomendações norteadoras para os serviços de saúde, para o processo de trabalho, para a composição das equipes, para as atribuições das categorias profissionais e para o financiamento do sistema, entre outros. Ao seu texto foram incorporados os atributos da APS definidos por Starfield (2002), tais como: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação para a comunidade; centralidade na família; e competência cultural.

Com a publicação de nova portaria, a carga horária da categoria médica foi flexibilizada, com a possibilidade de trabalho por 20 ou 30 horas semanais, devido à necessidade de suprir o déficit desses profissionais nas equipes (BRASIL, 2011).

A atual – Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017) traz as seguintes alterações:

- Amplia as configurações de composição das equipes de saúde como alternativa para a organização do serviço em saúde;
- Reconhece que a APS pode ser organizada com equipes da Atenção Básica (eAB) e equipes de Saúde da Família (eSF). As eAB são formadas minimamente com enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e médicos (pediatra, clínico ou ginecologista), com carga horária entre 20 e 30 horas. Diferentemente, as eSF, consideradas prioritárias, são compostas no mínimo de agentes comunitários de saúde, enfermeiros, auxiliares/técnicos



Fonte: Ministério da Saúde

de enfermagem e médicos generalistas ou médicos de família e comunidade com carga horária de 40 horas semanais, sem previsão de carga horária para atividades de formação;

- Modifica número de usuários por equipe, que passa a ser de 2000 a 3500. O número mínimo de ACS por equipe é de um ACS. Eles devem assistir 100% das pessoas com maior risco e vulnerabilidade;
- Introduz um conceito de trabalho com padrões essenciais e ampliados na APS, sendo considerados padrões essenciais as atividades e os procedimentos que se relacionam a condições básicas/essenciais para promover o acesso e o padrão de qualidade do serviço realizado na APS. Já o padrão ampliado é definido como ações e procedimentos que promovem uma melhoria do acesso e garantem a qualidade da atenção na APS, considerando o perfil do território, os indicadores de saúde e parâmetros definidos nas diferentes regiões de saúde.

Essas determinações são gerais, carecendo de maiores discussões nas diferentes esferas de gestão (MELO et al., 2018). Com a edição da Carteira de Serviços, publicada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde, há um rol de serviços e atividades que podem ser ofertados pela APS, permanecendo a indefinição do que é essencial ou ampliado.

#### SAIBA MAIS



Acesse aqui para conhecer o rol de serviços que precisam ser ofertados na unidade de saúde: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps\\_versao\\_profissionais\\_saude\\_gestores\\_resumida.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_resumida.pdf)

É importante você estar sempre atento à publicação de novas versões da PNAB para tomar ciência das modificações que possam ocorrer, pois o seu trabalho precisa ser realizado segundo as orientações contidas nesse documento. Fique atento!

### 2.3.2 - Política Nacional de Atenção às Urgências

O SUS tem diversas políticas para regulamentar o trabalho dentro da RAS, dentre elas destaca-se a Política Nacional de Atenção às Urgências. Ressalta-se que o serviço de urgência e emergência é parte integrante da RAS e é importante a comunicação com outros pontos da rede. Essa política foi instituída pela Portaria GM nº 1.863 em 2003, tendo sido implantada em todas as unidades federadas, respeitando as competências das três esferas de gestão (BRASIL, 2013). Ela foi reformulada com a publicação da Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2011).

Com a publicação da Portaria nº 1.010, em 2012 (BRASIL, 2012), foram redefinidas as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e a Central de Regulação das Urgências.

O SAMU 192 é o componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências e tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde que possa levar a sofrimento, complicação, qualquer alteração na sua qualidade de vida ou até mesmo a morte. O atendimento à situação de emergência é realizado mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acionado pelo número 192 e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

A Central de Regulação das Urgências é um ponto da rede em que profissionais realizam a regulação dos chamados telefônicos que necessitam de orientação e/ou atendimento de urgência, utilizando uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência. Tem ainda como função ordenar o fluxo efetivo das referências na RAS.

### **2.3.3 - Programa Nacional de Imunização**

O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi implantado em 18 de setembro de 1973, e as vacinas do programa estão à disposição de todos nos postos ou com as equipes de vacinação. O objetivo do PNI é coordenar as ações de imunizações que se caracterizavam, até então, pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura (BRASIL, 2003).

A primeira campanha de vacinação em massa em território brasileiro ocorreu em 1904, quando o governo criou a Lei da Vacina Obrigatória, com o propósito de imunizar a população contra a varíola. A ação foi coordenada por Oswaldo Cruz.

O objetivo da vacinação maciça da população é a erradicação ou controle de determinadas doenças. Por meio da imunização foi possível erradicar a poliomielite e a varíola no Brasil. Pelo PNI foi possível a erradicação da circulação do vírus autóctone do sarampo. Ficamos um período com a certificação da eliminação do sarampo no país. Simultaneamente houve a eliminação do tétano neonatal, redução da rubéola, entre outros avanços.

O PNI disponibiliza um calendário vacinal específico para as diferentes faixas etárias. Cabe à coordenação do programa adquirir, distribuir e normatizar o uso dos imunobiológicos especiais, indicados para situações e grupos populacionais específicos que serão atendidos nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIES). É também de responsabilidade dessa coordenação a implantação do Sistema de Informação e a consolidação dos dados de cobertura vacinal em todo o país.

O programa conta com vacinas contra diversas infecções, tais como: tuberculose, hepatites (A e B), poliomielite e outras. A lista completa de imunobiológicos disponibilizados e o calendário atualizado de imunização encontram-se no site do PNI. Sugerimos que você o acesse regularmente.

Já deve ser evidente para você que esse é um programa de relevância inquestionável, haja vista seu papel para tentar preservar a vida dos indivíduos na atual pandemia por coronavírus por meio da imunização dos grupos prioritários e de maior susceptibilidade de desenvolvimento de formas graves da infecção.

### 2.3.4 - Política Nacional de Vigilância em Saúde

Você, como membro de uma equipe de saúde da família, precisa das informações da Vigilância em Saúde - VS de sua população para planejar as ações que deverão ser realizadas para melhorar a saúde de sua comunidade. O trabalho dissociado entre a atenção primária e a VS dificulta o cuidado, pois essa última deve ser norteadora do Modelo de Atenção à Saúde para a redução do risco de doença, de outros agravos e para a garantia da promoção, da proteção e da recuperação da saúde.

Pode-se definir a VS como um conjunto de ações que coletam informações sobre a ocorrência de agravos à saúde, seus condicionantes que impactam na saúde do indivíduo e/ou a coletividade. Com essas informações é possível recomendar e definir medidas de prevenção e controle de doenças/agravos à saúde (BRASIL, 2018). São componentes da VS:

01

**Saúde do Trabalhador: visa à promoção da saúde e à redução da morbimortalidade da população trabalhadora por meio da integração de ações que intervenham nos agravos e seus determinantes decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos.**

02

**Saúde ambiental: conjunto de ações que propiciam o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de identificar as medidas de prevenção e controle dos fatores de risco ambientais relacionados às doenças e a outros agravos.**



03

**Vigilância sanitária:** conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesses da saúde. Estão incluídos, nessas ações, o controle de bens de consumo, direta ou indiretamente relacionados com a saúde – bem como todas as etapas e processos, que vão da produção ao consumo –, e o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

04

**Vigilância epidemiológica:** conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança 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 e agravos.

SAIBA MAIS



Para saber mais sobre o PNVS acesse o link: [https://www.incqs.fiocruz.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1641:politica-nacional-de-vigilancia-em-saude-e-homologada-pelo-ministro-da-saude&catid=114&Itemid=132](https://www.incqs.fiocruz.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1641:politica-nacional-de-vigilancia-em-saude-e-homologada-pelo-ministro-da-saude&catid=114&Itemid=132)



## **FECHAMENTO DA UNIDADE**

Seu estudo nessa unidade, permitiu que você entendesse que as ferramentas e estratégias para realizar um cuidado integral às pessoas estão delineadas, cabendo aos profissionais da APS efetivá-las. Pôde, também, compreender a importância das diretrizes do SUS – todas necessárias para efetivar seus princípios.

No cotidiano do trabalho, você vai observar os problemas existentes em sua comunidade, por vezes as falhas nos fluxos de atenção à saúde dentro da RAS. Apresente as necessidades ao conselho local de saúde, que tem a força e o poder de dar voz às diferentes deficiências locais – trabalhar com esse aliado é o melhor caminho de ação.

No entanto, não basta ter todas as ferramentas disponíveis, se você não conseguir tratar a pessoa para além da doença que ela apresenta. Cuidar de pessoas é tomar para si a responsabilidade de ajudá-las a recuperar a sua saúde, com o objetivo de alcançar seu pleno potencial de vida. Você precisa realizar seu trabalho evitando a fragmentação do cuidado. Lembre-se de que, mesmo quando precisar, de fato, encaminhar o usuário a outro ponto da rede, ele continuará a ser sua responsabilidade. Trabalhar em saúde é desenvolver o sentido de cidadania e de respeito ao outro.

UNIDADE 03

# Políticas de provimento de profissionais, seus avanços e limitações

## OBJETIVO GERAL DA UNIDADE

Conhecer o histórico de políticas de provimento de profissionais para atuar visando à efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

## OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

- Identificar as políticas de provimento de Recursos Humanos na saúde desenvolvidas ao longo da história, seus contextos e seus principais avanços e limitações;
- Compreender o seu papel dentro das políticas de provimento e fixação, visando contribuir com a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

## INTRODUÇÃO

Um dos desafios para a consolidação do SUS é a melhor distribuição de seus recursos humanos em todas as categorias profissionais, especialmente a médica. O Conselho Federal de Medicina (CFM) realizou um levantamento em 2018 constatando que mais de 60% dos médicos concentravam-se em 39 cidades com mais de 500 mil habitantes – mais da metade dos médicos concentra-se em regiões em que há menos de um quarto da população brasileira.

Como você deve imaginar, o problema da má distribuição médica não é de agora. Não só no Brasil, mas em diversos outros países esse problema é antigo e permanente. Aqui, para enfrentar essa situação, as primeiras ações foram realizadas na década de 1960 por meio de programas governamentais para melhorar a distribuição de profissionais no país, levando assistência à saúde para áreas de difícil acesso.

Ainda hoje, há, em diversas regiões do país, distribuição desigual de profissionais, sobretudo médicos, sendo necessário implementar estratégias para levar esses profissionais aos locais com vazios assistenciais. A tendência do médico é permanecer em grandes centros e pode-se justificar esse fato por vários motivos: facilidade de acesso aos recursos diagnósticos mais avançados, segurança financeira, família, vínculo com o local de formação, entre outros. Diante disso, para estimular a fixação dos profissionais em locais de difícil acesso, o Estado criou alguns programas que você irá conhecer agora.

### SAIBA MAIS



Para conhecer as causas que dificultam a fixação do profissional médico em áreas remotas, recomendamos a leitura do artigo: Percepção de médicos sobre fatores de atração e fixação em áreas remotas e desassistidas: rotas da escassez.

Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2017.v27n1/147-172/>.

Você irá agora ver as características e finalidades desses diferentes programas e poderá refletir um pouco sobre suas possibilidades de atuação enquanto especializando em Medicina de Família e Comunidade.

Um dos programas mais antigos é o programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, anterior a implantação do SUS.

### 1 - PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento)

Criado em 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, concentrava esforços na expansão da estrutura básica de saúde pública, em especial na região Nordeste e depois em outras regiões do país. Visava atender comunidades de até 20.000 habitantes, propondo compensar a falta de médicos com outros profissionais recrutados nas próprias comunidades (GONÇALVES JÚNIOR; GAVA; SILVA, 2017). Esse programa, extinto em 1985, apresentou como ponto positivo a ampliação da cobertura e abrangência de intervenções em saúde na rede básica, com incorporação de ações em saneamento básico. Contudo a pouca qualidade dos serviços de baixo custo, remeteu a uma visão de *medicina de pobre para pobre*.

Observe que a proposta e a estrutura desse primeiro programa refletem a visão de saúde e de assistência anteriores às metas e aos conceitos discutidos a partir da Reforma Sanitária.

Posteriormente, já iniciada a vigência do nosso atual sistema de saúde, temos um novo programa. Observando suas características, você poderá identificar como os princípios de diretrizes do SUS encontram-se aí espelhados.

### 2 - PISUS

Em 1993, surgiu o PISUS, que previa a implantação de equipes mínimas de saúde em locais carentes de profissionais da área, inicialmente na região Norte, estruturado em 4 subprogramas:

- Unidades de pronto atendimento com sala de imunização, consultórios, sala de emergência, sala de parto, leitos de observação e instalações para apoio;

- Interiorização do médico prevendo sua fixação no município contemplado, com pagamento por produtividade – por número de consultas – pelo dobro da tabela do SUS;
- Interiorização do enfermeiro e do agente comunitário de saúde (ACS), com proposta de, no mínimo, 10 salários mínimos por produtividade aos enfermeiros e no mínimo um salário mínimo por ações dos agentes de saúde. Ainda que contemplasse outras categorias profissionais, defendia a presença do médico como única forma de garantir a fixação de outros profissionais de saúde;
- Proposta de equipe, ainda que pequena, em instalações mínimas com equipamentos essenciais.

O PISUS previa, ainda, parceria entre estados e municípios, cabendo esses últimos garantir moradia e transporte aos profissionais, assim como recursos humanos – administrativos e serviços gerais – para o funcionamento das unidades, e aos estados apoio técnico e monitoramento do programa, que não chegou a ser efetivamente implementado, sendo extinto 11 meses após seu anúncio (GONÇALVES JÚNIOR; GAVA; SILVA, 2017).

Nessa segunda iniciativa, você, com certeza, foi capaz de identificar princípios e diretrizes do SUS, dos quais tratamos nessa unidade, mas deve ter observado também o quanto as metas por ela pretendidas encontravam barreiras em uma realidade então ainda muito distante dessas pretensões. Foi o primeiro passo de uma trajetória ainda longa a ser percorrida que todavia, abriu caminho para as seguintes, como você poderá verificar nas próximas tentativas de melhorar o atendimento aos segmentos mais carentes de atenção à saúde em nossa sociedade.

Assim, após o insucesso do PISUS, outra tentativa de interiorização, mais estruturada teve lugar.

### **3 - PITIS (Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde)**

Esse programa foi implantado em 2001, por meio de parceria entre secretarias estaduais, secretarias municipais de saúde e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) para provimento de recursos humanos a municípios de até 20.000 habitantes localizados nas regiões Norte, Nordeste, Centro Oeste e Sudeste.

Foram selecionados municípios com taxa de mortalidade infantil elevada e com alto número de casos de malária, tuberculose e hanseníase (GONÇALVES JÚNIOR; GAVA; SILVA, 2017).

Um processo de seleção foi realizado para identificação de médicos e enfermeiros que estivessem dispostos a compor as equipes nos municípios, ampliando-se a oferta de serviços na APS. Oferecia aos profissionais remuneração diferenciada feita no primeiro ano como bolsa CNPq, trabalho nos moldes do Programa de Saúde da Família, curso de especialização e garantia de medicamentos básicos. O número e perfil de inscritos, oriundo de todas as regiões do país, surpreendeu a coordenação do programa, que esperava um predomínio de inscrições de médicos recém formados, quando o perfil de inscritos foi de médicos com idade média de 40 anos. No universo de médicos, o maior número de desistências, antes do início das atividades, foi da região sudeste.

Dos que iniciaram as atividades, houve muitos desligamentos, destacando-se atrasos de pagamentos, falta de farmácia básica, problemas de comunicação com a coordenação e, logicamente, dificuldade de adaptação. (MACIEL FILHO; BRANCO, 2008). Aqueles que permaneceram até o final do primeiro ano apontaram como pontos fortes do programa a oportunidade de trabalhar em áreas carentes e seguir o curso de especialização.

Tratava-se de um programa transitório, em que, ao final do primeiro ano, o município assumiria o profissional de saúde em seu quadro funcional e o repasse financeiro seria feito entre o Ministério da Saúde e o município. Tais mudanças, aliadas a verticalidade da coordenação do programa acabaram por comprometer sua existência, desencadeando seu encerramento (MACIEL FILHO; BRANCO, 2008).

Observe como a proposta e a estrutura desse programa já apresentavam diferenças em relação ao anterior, sendo uma das principais a oferta de curso de especialização – um investimento importante na valorização dos profissionais e do serviço por eles prestado.

Observe, também, como cada um desses programas, apesar dos obstáculos encontrados, deixou algumas sementes, inclusive como lições para que novas tentativas buscassem suplantir pontos negativos e passassem a estruturar melhor futuras iniciativas, como o PROVAB, que você verá a seguir.

#### 4 – PROVAB (Programa de Valorização Profissional da Atenção Básica)



Implantado em 2011 (Portaria Interministerial nº 2087, tinha o objetivo de estimular e apoiar profissionais de nível superior na composição das equipes multiprofissionais, especialmente ESF, em localidades de maior vulnerabilidade em grandes cidades e em municípios de extrema pobreza.

Participaram médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas. Os participantes tiveram direito à pontuação de 10% nas provas de residência após avaliação do profissional na participação no curso de especialização em atividades de educação à distância e supervisão no local de trabalho.

Você pode verificar que o aperfeiçoamento desses programas, acompanhando as transformações na estrutura do SUS e o investimento em seus perfis de especialização de profissionais, vêm caminhando em paralelo. Essa estratégia em duas vias tende a ser melhor sucedida tanto no atendimento a populações nessas áreas mais remotas ou carentes quanto na qualificação dos profissionais capacitados a nelas atuar. Esses dois elementos caminhando em paralelo tendem a tornar os princípios do SUS mais próximos da realidade.

Verifique como essa perspectiva encontrou continuidade e ampliação no programa que sucedeu a esses.

#### 5 - PMM (Programa Mais Médicos)



Criado em 2013, pelo governo brasileiro, com a finalidade de suprir a carência de médicos em áreas de difícil acesso e maior vulnerabilidade em grandes centros (GONÇALVES JÚNIOR; GAVA; SILVA, 2017). Foram ofertadas vagas para médicos brasileiros e estrangeiros, Além da

contratação, o programa investiu na construção e reforma das estruturas físicas das unidades de APS e qualificou os profissionais por meio de cursos de especialização (BRASIL, 2019).

Até 2015, 73% dos municípios estavam participando do PMM, que cumpriu seu objetivo de disponibilizar médicos para áreas de maior vulnerabilidade, melhorando o acesso e a qualidade da atenção à saúde das pessoas (MELO et al., 2018).

Em 2018, com o anúncio do fim prematuro do programa e devido à fragilidade do regime de contratação, houve uma saída em massa dos médicos, na sua maioria estrangeiros, gerando um vazio assistencial, sobretudo nos locais de difícil acesso. Apesar de o PMM existir até hoje, a fragilidade do regime de contratação permanece, o que resulta em dificuldades para a fixação dos médicos em descontinuidade da assistência à saúde.

No PMM, já se encontram melhor definidas as duas vias anteriormente apontadas, demonstrando como é importante investir em paralelo na especialização do profissional e nos recursos para atendimento às populações assistidas para que programas assim se sustentem.

Após o PMM foi criado o Programa Médicos pelo Brasil. Observe suas características.

#### 6 - PMPB (Programa Médicos pelo Brasil)



A Lei 13.958 – 18/12/2019 (BRASIL, 2019) instituiu o programa com o principal objetivo de incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento, baixa densidade demográfica, distantes de grandes centros urbanos, distritos sanitários especiais indígenas, comunidades

ribeirinhas e/ou de alta vulnerabilidade – alta proporção de pessoas cadastradas nas equipes de saúde da família e que recebem o benefício do Programa Bolsa Família, assim como o de formar médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC). Essa lei autorizou o Poder Executivo federal a instituir o serviço



social autônomo denominado Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps), com responsabilidade de implantar, coordenar, avaliar, e prestar contas dos resultados alcançados com a implantação do programa. Essa agência contratou os profissionais médicos para os serviços da APS e os tutores (formação em MFC ou clínica médica). A contratação e a administração de pessoal foi realizada sob o regime estabelecido pelo Decreto-Lei nº 5452 – 01/05/1943 (BRASIL, 1943) – Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

No PMB tem-se uma estreita vinculação entre a necessidade de atender de forma mais universal, integral, equânime e continuada a população e a necessidade de preparar, instrumentalizar e apoiar os profissionais médicos para essa atividade.

### 7 - PMM (Programa Mais Médicos para o Brasil)



No mês de março do ano de 2023, foi editada a Medida Provisória 1.165 pelo governo Federal, voltada ao PMM. A medida instituiu uma Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde vinculada ao programa de provimento. Neste sentido, esta estratégia é uma evolução do Programa

Mais Médicos que conhecemos anteriormente, a partir de agora irá formar médicos especialistas em Atenção Primária à Saúde.

Deste modo, foram realizadas algumas mudanças no Eixo de provimento emergencial do Programa, com ampliação do ciclo de 3 para 4 anos. A partir desta modificação, a formação passa a ser de especialização lato sensu de dois anos mais um mestrado profissional, completando quatro anos de ciclo formativo. Após esse período, o profissional estará preparado e apto para prestar prova de título de Médico de Família e Comunidade.

## REFLEXÃO



Como você pôde verificar, o governo já criou diversos programas para fixar os médicos no interior do país. No entanto, essas medidas foram insuficientes para manter os profissionais em locais distantes dos grandes centros urbanos. Para você, quais foram os fatores que o levaram a entrar no programa? A possibilidade de uma especialização? A remuneração? Quais são os fatores que dificultam o trabalho no interior? A falta de infraestrutura do município? Ausência ou dificuldade de acessar exames de maior complexidade? A precariedade dos vínculos empregatícios?

## FECHAMENTO DA UNIDADE

Foram muitos os programas para formação e fixação de profissionais de saúde, principalmente voltados para os médicos, em áreas remotas, no entanto, de maneira geral, muitas também foram as dificuldades encontradas para manter os médicos nesses locais. As causas para isso englobam desde a brevidade dos programas, passando pela precarização salarial e chegando à falta de uma RAS estruturada, entre outros fatores. Essa trajetória é parte de uma transformação lenta, porém constante, que acompanha a mudança de perspectiva de conceitos como saúde e qualidade de vida, aos poucos disseminada em nossa sociedade graças ao esforço de profissionais de nossa área e de outros agentes sociais comprometidos com esses princípios e valores.



# Encerramento do módulo

Ao longo deste módulo, você teve a oportunidade de conhecer a história da assistência à saúde no Brasil e reconhecer as suas diversas fases, desde o momento inicial, em que não havia qualquer tipo de serviço estruturado para o cuidado das pessoas, passando pela assistência à saúde que se caracterizou pela criação de sistemas nos quais apenas pequenas parcelas da população brasileira eram tratadas com o mínimo de dignidade, chegando finalmente, a um sistema de saúde universal organizado – o Sistema Único de Saúde.

Mesmo com todo arcabouço jurídico e com diretrizes bem estruturadas, o nosso serviço de saúde ainda está em constante reformulação para que funcione adequadamente. Assim como houve mudanças na assistência à saúde, o papel do médico também foi se modificando ao longo da história.

No início, o número de profissionais médicos era escasso, e aqueles que se aventuravam a vir da Europa tinham más condições de trabalho e baixa remuneração. O médico passou a ser mais valorizado a partir da criação das escolas de medicina, quando também começou a atuar no campo da pesquisa, tendo papel relevante nas definições de medidas de saúde pública.

Todavia, com a mercantilização dos serviços de saúde, o médico se distanciou da sua função primordial, que é a proteção da vida. A partir do movimento da Reforma Sanitária, um contingente desses profissionais resgatou sua essência, participando ativamente na construção de uma saúde digna para a população brasileira, o SUS.

Você, profissional-estudante, e nós, médicas de família e autoras deste módulo, somos a parte operacional integrante do sistema, responsáveis pela sua efetivação. Por esse motivo, o conteúdo ora trabalhado é relevante e estruturante para a sua prática profissional. Compartilhe o conhecimento estudado, os ideais discutidos e a sua aprendizagem com os integrantes da sua equipe. Dessa forma, você cria oportunidades para efetivar os ideais das pessoas que lutaram e lutam por uma sociedade mais justa e por uma saúde de qualidade para a população.

# Referências

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2000.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, p. 71, 29 mar. 2006.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, p. 018055, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 19 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Vigilância em Saúde. **Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html). Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html). Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html). Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html). Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010\\_21\\_05\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html). Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 7 de junho de 2011**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html). Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil: seção 1, Brasília, DF, p. 68, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, 21 de outubro de 2011**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf). Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações**. Brasília, 2003.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm). Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D1232.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm). Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **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). Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm). Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm). Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm). Acesso em: 09 jul. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm). Acesso em: 06 jul. 2021.

CHUEIRI, P. S.; HARZHEIM, E.; TAKEDA, S. M. P. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade.**, v. 12, n. 39, p. 1-18, 2017.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 jul. 2021.

GONÇALVES JÚNIOR, O.; GAVA, G. B.; SILVA, M. S. Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 26, n. 4, out./dez. 2017.

GURGEL, C. B. F. M. Médicos do Brasil Colonial. **Boletim da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas**, v. 10, n. 1, p. 16-17, nov. 2014. Disponível em: [https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/\\_historia\\_medicos\\_do\\_brasil\\_colonial.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/_historia_medicos_do_brasil_colonial.pdf). Acesso em: 09 jul. 2021.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, supl. 2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HfmStkr5tNjHKCCZW8qQdvz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 jul. 2021.

MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M. A. F. O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits). In: MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M. A. F. **Rumo ao interior: médicos, saúde da família e mercado de trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 83-157.

MATTA, G. C. **Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde**. 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39223/2/Pol%c3%adticas%20de%20Sa%c3%bade%20-%20Princ%c3%adpios%20e%20Diretrizes%20do%20Sistema%20c3%9anico%20de%20Sa%c3%bade.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2021

MELO, E. A. et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 38-51, set. 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 09 jul. 2021.

MENDES, E. V. **Redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (ORG.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

OLIVEIRA, N. R. DE C. (ORG.). **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. UNA-SUS/UFMA, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal**. Relatório mundial de saúde. Genebra, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. 2. ed. Brasília, 2011.

SOARES, A. Formação e desafios do sistema de saúde no Brasil: uma análise de investimentos realizados para ampliação da oferta de serviços. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, p. 1565-1572, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cobertura universal de saúde**. 1 abr. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/universal-health-coverage-uhc>. Acesso em: 09 jul. 2021.





# Biografia dos conteudistas

## **LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE**

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso (1987). Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Especialista em Homeopatia. Especialista em Medicina do Trabalho. Mestre em Saúde da Família. Experiência em tutoria no curso de Medicina da Uniderp. Coordenadora pedagógica do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Fiocruz-MS. Coordenadora pedagógica dos cursos de Zika, Chikungunya e Doenças do Aparelho digestivo. Supervisora do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade- SESAUCG (2017- 2019). Supervisora médica da Coordenadoria da Rede de Atenção Básica- SESAUCG. Coordenadora de Produção de cursos à distância: Planejamento em Saúde e Saúde das Populações de Fronteiras.

Currículo Lattes disponível em: <http://lattes.cnpq.br/0239142477640225>

## **MILENE DA SILVA DANTAS SILVEIRA**

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2007). Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade (2010). Especialização em Regulação em Saúde no SUS pelo Hospital Sírio-Libanês (2014). Mestrado em Saúde da Família pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (2016). Atualmente é médica da Estratégia Saúde da Família - Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande-MS, preceptora do curso de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, preceptora do 5º ano de Medicina da Uniderp, preceptora voluntária da Liga de Saúde da Família da UFMS.

Currículo Lattes disponível em: <http://lattes.cnpq.br/8643807754705091>

DISQUE SAÚDE **136**

## Programa Mais Médicos para o Brasil

EIXO 1 | PRINCÍPIOS E FUNDAMENTOS DO SUS E DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

### MÓDULO 01

# Políticas públicas de saúde: processo histórico e a organização do SUS

2ª edição

## REALIZAÇÃO

Fundação Oswaldo Cruz Mato Grosso do Sul (Fiocruz MS)  
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)



MINISTÉRIO DA  
SAÚDE

