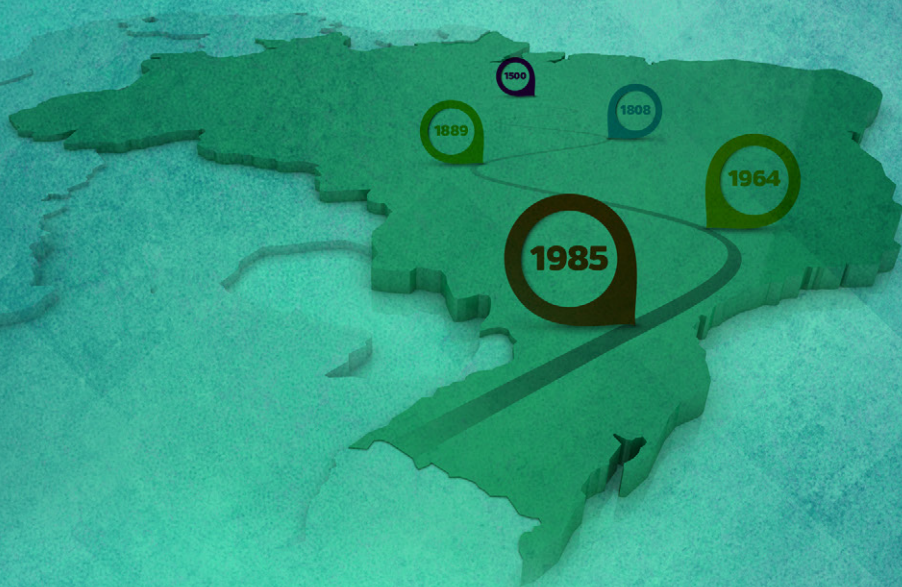


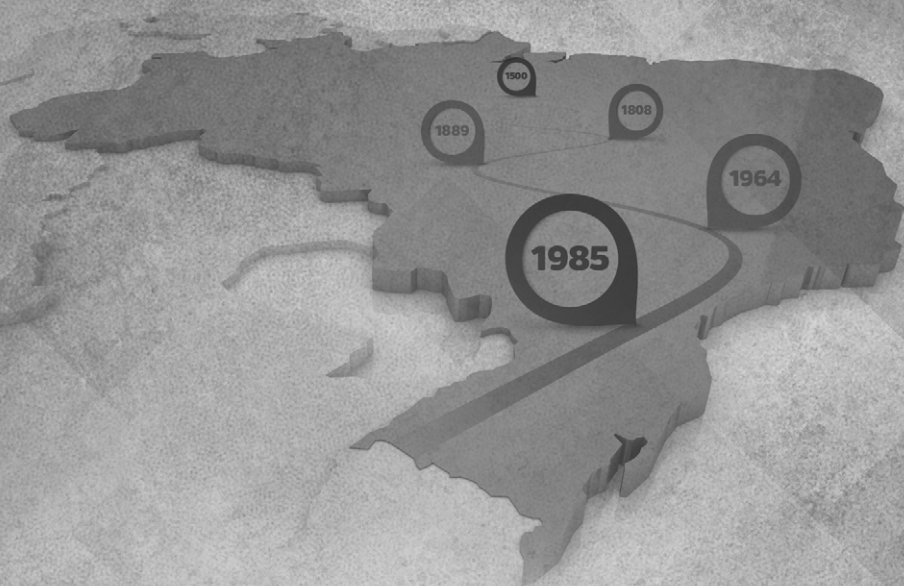
Joel Saraiva Ferreira
Júlio César de Souza
Geize Rocha Macedo de Souza



O PERCURSO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL:

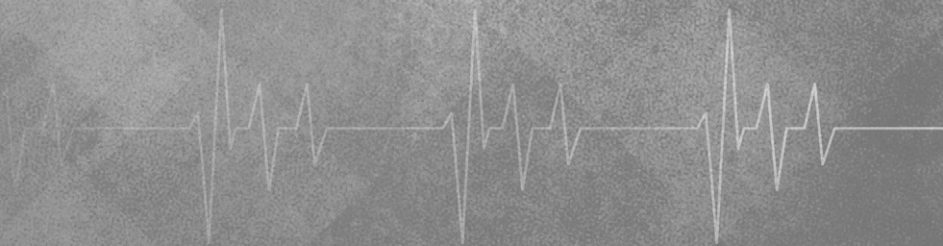
DO EMPIRISMO À PROMOÇÃO DA SAÚDE

Joel Saraiva Ferreira
Júlio César de Souza
Geize Rocha Macedo de Souza



O PERCURSO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL:

DO EMPIRISMO À PROMOÇÃO DA SAÚDE





**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MATO GROSSO DO SUL**

Reitor

Marcelo Augusto Santos Turine

Vice-Reitora

Camila Celeste Brandão Ferreira Ítavo

Obra aprovada pelo conselho editorial da ufms

RESOLUÇÃO Nº 137-COED/AGECOM/UFMS.

DE 2 DE SETEMBRO DE 2022.

Conselho Editorial

Rose Mara Pinheiro (presidente)

Adriane Angélica Farias Santos Lopes de Queiroz

Ana Rita Coimbra Mota-Castro

Andrés Batista Cheung

Alessandra Regina Borgo

Delasnieve Miranda Daspét de Souza

Elizabete Aparecida Marques

Geraldo Alves Damasceno Junior

Maria Lúgia Rodrigues Macedo

William Teixeira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Diretoria de Bibliotecas – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

O percurso da saúde pública no Brasil [recurso eletrônico] : do empirismo à promoção da saúde /
autores, Joel Saraiva Ferreira, Júlio César de Souza, Geize Rocha Macedo de Souza -
Campo Grande, MS : Ed. UFMS, 2022.
76 p. : il.

Dados de acesso: <https://repositorio.ufms.br>
Inclui bibliografias.
ISBN 978-65-89995-28-9

1. Saúde pública – Brasil. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Promoção da saúde. 4. Política de saúde. I. Ferreira, Joel Saraiva. II. Souza, Júlio César de. III. Souza, Geize Rocha Macedo de.

CDD (23) 614.0981

Bibliotecária responsável: Tânia Regina de Brito – CRB 1/2.395

**Joel Saraiva Ferreira
Júlio César de Souza
Geize Rocha Macedo de Souza**

**O PERCURSO DA
SAÚDE PÚBLICA
NO BRASIL:
DO EMPIRISMO
À PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Campo Grande - MS
2022



© **dos autores:**

Joel Saraiva Ferreira
Júlio César de Souza
Geize Rocha Macedo de Souza

1ª edição: 2022

Projeto Gráfico, Edição Eletrônica

TIS Publicidade e Propaganda

Revisão

A revisão linguística e ortográfica
é de responsabilidade dos autores

A grafia desta obra foi atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 1º de janeiro de 2009.

Direitos exclusivos para esta edição



Secretaria da Editora UFMS - SEDIT/AGECOM/UFMS

Av. Costa e Silva, s/nº - Bairro Universitário
Campo Grande - MS, 79070-900
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Fone: (67) 3345-7203
e-mail: sedit.agecom@ufms.br

Editora associada à



ISBN: ISBN: 978-65-89995-28-9

Versão digital: setembro de 2022.



Este livro está sob a licença Creative Commons, que segue o princípio do acesso público à informação. O livro pode ser compartilhado desde que atribuídos os devidos créditos de autoria. Não é permitida nenhuma forma de alteração ou a sua utilização para fins comerciais. br.creativecommons.org

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
---------------------------	---

PREFÁCIO	8
-----------------------	---

CAPÍTULO 1 - O PERCURSO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL	10
--	----

1.1 PERÍODO COLONIAL (1500-1808).....	13
---------------------------------------	----

1.2 PERÍODO DA CORTE PORTUGUESA NO BRASIL (1808-1822).....	14
--	----

1.3 PERÍODO IMPERIAL (1822-1889).....	16
---------------------------------------	----

1.4 PERÍODO REPUBLICANO (1889-1964).....	17
--	----

Primeiro momento (1889-1930)

Segundo momento (1930-1945)

Terceiro momento (1945-1964)

1.5 PERÍODO DO REGIME MILITAR (1964-1985).....	26
--	----

1.6 PERÍODO DA NOVA REPÚBLICA (1985 AOS DIAS ATUAIS).....	29
---	----

CAPÍTULO 2 - OS PROCESSOS DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL	31
---	----

2.1 A GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	37
---	----

2.2 A REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	39
---	----

2.3 A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	40
---	----

As Conferências de Saúde

Os Conselhos de Saúde

CAPÍTULO 3 - OS MODELOS DE ATENÇÃO E NÍVEIS DE INTERVENÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA	44
3.1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	44
3.2 NÍVEIS DE INTERVENÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA.....	45
CAPÍTULO 4 - PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	54
4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS	54
4.2 IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	60
A Promoção da Saúde no Brasil	
CAPÍTULO 5 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	67
5.1 VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL: VIGILÂNCIA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	68
5.2 PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL	71
REFERÊNCIAS.....	73

APRESENTAÇÃO

Este livro apresenta um texto ancorado na linearidade cronológica da própria história do Brasil, desde a chegada dos colonizadores portugueses no ano de 1500 até o início do século XXI, cujo conteúdo contempla diferentes aspectos do percurso da saúde pública no país.

Mas, antes mesmo de descrever as peculiaridades das políticas públicas, o leitor é convidado a refletir sobre o conceito de saúde sob duas perspectivas: uma restrita e outra ampliada. A partir daí, são narrados fatos que, ao longo de cinco séculos de história, alicerçam o atual Sistema Único de Saúde (SUS).

Já consolidado como política pública de Estado, diferentemente das políticas de governo que o antecederam, o SUS é apresentado como um conjunto de ações e serviços que não se restringe a oferta de atendimento médico-hospitalar, mas que proporciona intervenções profissionais voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Assim, o percurso mencionado no título deste livro se completa, indo do empirismo à promoção da saúde.

PREFÁCIO

E, começa 2022! Com este ano marcado pela história pregressa da pandemia secular, surge esta obra refinada e compromissada com os valores que sustentaram a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país. Resgatar conceitos, valores e atitudes que alicerçaram a construção do SUS traduz a pujança e garra de todos os trabalhadores de saúde que enfrentaram e ainda continuam enfrentando a pandemia do Coronavírus.

Compreender a dinâmica estabelecida nesses mais de 30 anos de saúde é possível por meio da leitura histórica do capítulo I – PERCURSO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL que nos remete ao incipiente conhecimento científico e tecnológico da época, às inadequadas e/ou inexistentes condições sanitárias e à pobreza nas condições de vida da população. Não obstante, ao ler a progressão da história, nos inebriamos com a galhardia do movimento sanitário e com a tão sonhada democracia duramente conquistada, mas consolidada na Constituição Federal Brasileira de 1988.

Os capítulos II e III relatam a dura jornada: processos de implantação e implementação do SUS no Brasil e os modelos de atenção e níveis de intervenção na saúde pública brasileira. Esses, já nos esclarecem as escolhas pautadas por líderes de políticas públicas, gestores, prestadores de saúde, trabalhadores de saúde e usuários do sistema. Avanços e retrocessos, políticas bem delineadas, mas muitas vezes políticas de governo e não de Estado que não superam a descontinuidade política que nos aflige a cada dois anos.

O capítulo IV – PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE, a “cereja do bolo”, nos pre-

senteia com a possibilidade de compreender a determinação social da saúde, ressignificar o conceito de saúde e, principalmente, identificar “a causa das causas”.

Por fim e com gosto de quero mais... o capítulo da VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE entrelaça os conhecimentos científicos e nos posiciona exatamente ao momento atual, cujo cenário epidemiológico exige muito o esmero de gestores e sociedade na compreensão do fenômeno atual que ceifou muitas vidas e acomete ainda muitas morbidades, trazendo a vigilância como baluarte na construção deste SUS que traz agora, mais que nunca, o desafio da tomada de decisão baseada nas evidências científicas, fazendo do empirismo uma lembrança do passado e da ciência a pedra angular de nossas políticas públicas de saúde!

Profa. Dra. Crhistine Maymone Gonçalves

Docente e pesquisadora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

CAPÍTULO 01

O PERCURSO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Conhecer a história da saúde pública no Brasil é importante, pois é a partir desse contexto que algumas das configurações atuais se formaram. Podemos fazer isso analisando a própria história da organização da sociedade, desde o período da colonização portuguesa até os dias atuais. Assim, será possível perceber que os aspectos político, social e financeiro têm forte influência sobre o comportamento da sociedade e, conseqüentemente, das políticas públicas elaboradas e desenvolvidas para atender as necessidades das pessoas.

Antes da leitura dos acontecimentos históricos, cabe um breve comentário sobre o conceito de saúde, que também passou por modificações ao longo do tempo.

Por séculos a saúde de uma pessoa foi avaliada unicamente pelo aspecto biológico. Isso é compreensível, tendo em vista que além da escassez de conhecimento científico e de recursos tecnológicos capazes de compreender outros componentes, eram justamente as doenças e agravos transmissíveis, com seus sinais e sintomas biologicamente identificáveis, que acometiam grande parte da população mundial.

Quando os aspectos biológicos que levavam ao adoecimento e morte da população passaram a ser melhor compreendidos, o conceito de saúde foi ampliado. Nesse momento, que cronologicamente ocorreu por volta da segunda metade do século XX, os aspectos psicológico e social foram acrescentados ao aspecto biológico, quando se conceituou saúde.

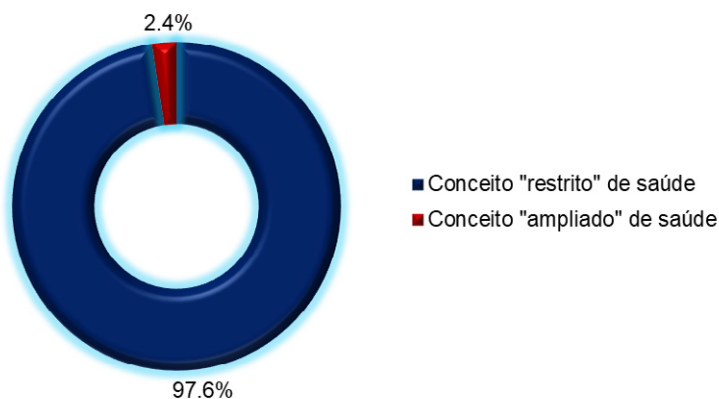
Já no final do século XX e início do século XXI a discussão sobre o processo saúde-doença avançou um pouco mais e incluiu elementos

chamados de condicionantes e determinantes da saúde, os quais não se restringiam ao indivíduo em si, mas também ao ambiente onde esse sujeito está.

Paralelamente à sucinta descrição da evolução do conceito de saúde, é possível observar o percurso histórico das políticas públicas de saúde no Brasil. Nesse caso, chama a atenção o fato de que em cinco séculos de história, de 1500 ao ano 2000, a maior parte do tempo o conceito “restrito” de saúde (relacionado apenas ao componente biológico) foi predominante, uma vez que apenas em 1988 a política de saúde pública brasileira foi oficialmente descrita com uma definição “ampliada” de saúde.

A Figura 1 descreve essa disparidade entre o período de tempo em que o conceito “restrito” de saúde predominou sobre o conceito “ampliado”, nas políticas públicas de saúde do Brasil.

Figura 1. Proporção de tempo em que os conceitos “restrito” e “ampliado” de saúde foram utilizados para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde no Brasil, considerando o período dos anos 1500 a 2000



Fonte: elaboração própria dos autores.

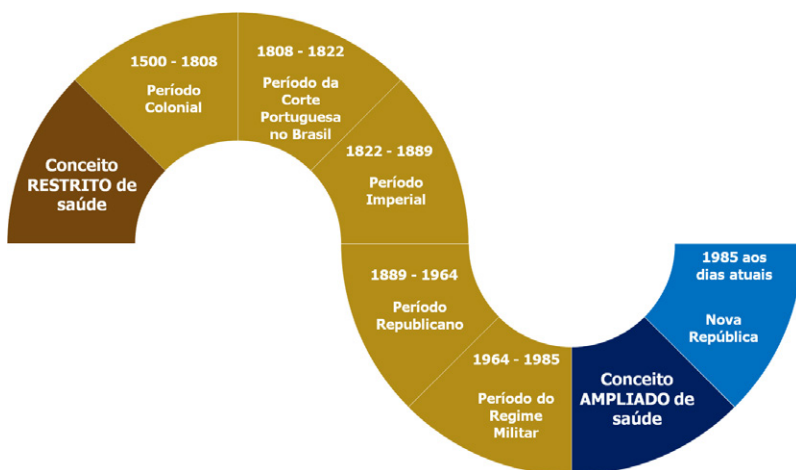
A partir da discussão do conceito de saúde, mas não se restringido a isso, apresentamos a seguir alguns fragmentos da história do Brasil, relacionando-os com as políticas públicas de saúde vigentes em cada um desses períodos.

Ao considerar a saúde com uma definição restrita, ligada de forma exacerbada ao aspecto biológico, iniciamos a narração dos fatos a partir da chegada dos portugueses ao Brasil, ainda no início da colonização.

Já a conceituação mais ampliada daquilo que é saúde, incluindo componentes psicológicos, sociais e ambientais, é tratada aqui, considerando a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como a política pública de saúde do Brasil, a partir do ano de 1988.

Nesses cinco séculos de história, os momentos destacados no texto desse capítulo foram divididos de acordo com os conceitos de saúde mencionados anteriormente, conforme descrito na Figura 2.

Figura 2: Períodos da história política e administrativa do Brasil, relacionados às políticas públicas de saúde



Fonte: elaboração própria dos autores.

1.1 Período Colonial (1500-1808)

Com a descoberta do Brasil em 1500, chegavam notícias ao velho continente (Europa) de uma nova terra, habitada por pessoas não civilizadas, mas com bom aspecto físico, de pele morena e com bastante destreza em seus movimentos.

Nas primeiras décadas de colonização, a intenção da monarquia portuguesa era apenas obter recursos da colônia (Brasil), que pudessem ser vendidos na Europa ou em outras localidades. Assim, não havia nenhum interesse em prestar algum tipo de assistência à saúde daqueles que habitavam o Brasil (nativos, europeus ou escravos).

Dessa maneira, o atendimento de saúde ofertado às pessoas era feito basicamente pelos curandeiros, principalmente por indígenas e africanos escravizados, que utilizavam plantas e ervas com capacidade de cura de algumas doenças e enfermidades que atingiam a população.

Mesmo após muitas décadas de colonização, ainda havia uma escassez de médicos formados na Europa e que estivessem atuando no Brasil. Na cidade do Rio de Janeiro, por exemplo, só existiam quatro médicos em 1789 e na maioria dos demais estados não havia nenhum.

Como a maioria da população tinha pouca ou nenhuma renda, não conseguiam pagar pelas consultas médicas. Além disso, muitos tinham medo dos métodos utilizados pelos médicos, que incluíam principalmente o uso de purgantes e sangrias para tratar os doentes.

Com essa situação, os profissionais chamados de boticários, algo equivalente aos farmacêuticos modernos, eram os mais procurados pela população. Esses especialistas tinham inicialmente a função de manipular e preparar os remédios indicados pelos médicos europeus, mas era bastante comum que eles próprios fizessem a prescrição dos remédios e a população se adaptou muito a essa realidade. Como

não havia formação acadêmica para os boticários, o aprendizado desses profissionais consistia basicamente na vivência empírica (prática), a partir do acompanhamento de outro profissional já estabelecido em uma botica (local de preparação e venda dos remédios).

Em situações de surtos de doenças, como no caso da varíola, tanto médicos quanto curandeiros e boticários pouco podiam fazer, já que os recursos para combater as doenças infecciosas eram praticamente inexistentes, o que resultava em grande número de mortes na população.

O procedimento mais aceito para o tratamento das doenças infecciosas que vitimavam a população era o isolamento dos doentes. Já o procedimento que alguns médicos faziam, de extrair um pouco de secreção das feridas dos doentes e colocá-la num pequeno corte feito no braço de uma pessoa aparentemente saudável, não era bem aceito e muitas pessoas fugiam das fazendas e dos povoados quando uma equipe médica se aproximava da localidade.

1.2 Período da corte portuguesa no Brasil (1808-1822)

A partir de 1808, com a vinda da família real para o Brasil, a condição sanitária precisou ser melhorada para atender a Corte portuguesa, de modo a manter minimamente as condições de saúde que eles tinham na Europa.

Inicialmente, os cuidados sanitários ficaram restritos à cidade do Rio de Janeiro, que era a sede do poder real Português no Brasil. Durante muitas décadas, todas as medidas tomadas para melhorar as condições de saúde tiveram esse objetivo, que não era para beneficiar a população em geral, mas sim a monarquia e aqueles que estavam diretamente ligados ao poder. Também era necessário dar boas condições sanitárias para que os

navios chegassem ao porto do Rio de Janeiro, trazendo todo tipo de mercadoria que interessava diretamente a nobreza portuguesa.

A formação de médicos brasileiros teve início nesse mesmo período, quando Dom João VI fundou duas escolas de formação médica no Brasil, sendo a primeira delas em Salvador-BA e a segunda na cidade do Rio de Janeiro, ambas inauguradas ainda no ano de 1808.

Os primeiros médicos formados no Brasil tinham conhecimento restrito sobre o controle de doenças infecciosas mais graves, tais como varíola, febre amarela e cólera. Alguns atribuíam o início da doença aos navios que aportavam no Brasil, especialmente no Rio de Janeiro, vindos da África. Outra teoria levantada e aceita na mesma época foi a de que as doenças eram causadas por miasmas, ou seja, pelo “ar corrompido” que vinha do mar. Com base nessa teoria, os médicos recomendavam que em períodos de epidemias as pessoas fossem para as cidades serranas, mais altas e com ar puro, onde os miasmas não chegariam. Aos mais pobres, que não podiam sair da cidade do Rio de Janeiro, as recomendações incluíam proibição no consumo de frutas e bebidas geladas, pois se acreditava que esses alimentos aumentavam as chances de infecção. Outra atitude do período era o uso de tiros com canhões em direção ao mar, para movimentar o ar e dispersar os miasmas.

Como não havia um grande avanço no tratamento dos doentes, as pessoas mais ricas viajavam para a Europa em busca de terapias com médicos formados nas universidades daquele continente. Para os pobres continuava restando o atendimento feito pelos curandeiros.

Nesse período já havia em várias cidades brasileiras muitas “Santas Casas de Misericórdia” que atendiam gratuitamente a população doente. Essas instituições foram criadas no Brasil seguindo uma tradição portuguesa que iniciou em 1498, para cumprir uma promessa cristã de socorrer todos os enfermos, feita por dona Leonor, rainha

de Portugal naquele período. No entanto, aqui no Brasil a maioria das pessoas tinha receio de ser internada nas Santas Casas, pois as condições sanitárias eram precárias e muitos doentes acabavam com o quadro de saúde agravado nesses locais, uma vez que adquiriam outras enfermidades, além daquela que originou a internação.

1.3 Período Imperial (1822-1889)

Em 1822 o Brasil se torna independente de Portugal e Dom Pedro I passa a governar o país.

Estima-se que naquele período a população brasileira era formada por aproximadamente 30% de escravos e isso representava uma condição de pobreza para grande parcela das pessoas. Consequentemente, grande parte da população não tinha condições financeiras de buscar atendimento médico para solucionar os problemas de saúde.

Apesar de haver ainda forte influência do atendimento feito pelos curandeiros, os médicos já passavam a representar um segmento profissional que estava em expansão, especialmente porque já havia médicos formados nas escolas de medicina localizadas no Brasil.

Nesse momento, outro tipo de problema começou a ocorrer em relação ao tipo de atendimento prestado pelos profissionais médicos que atuavam no Brasil. Houve uma divergência entre a forma de atuar dos médicos formados no Brasil e na Europa. Enquanto os médicos brasileiros ainda estavam apegados às teorias tradicionais, como a dos miasmas, os médicos europeus já propunham a explicação da causa das doenças por meio da fisiologia e bacteriologia.

Aos poucos, os médicos brasileiros também se viram obrigados a seguir as orientações mais modernas de tratamento e prevenção das doenças infecciosas. Isso fez com que os serviços de atendimento à po-

pulação também mudassem, sendo criados os serviços sanitários locais, responsáveis pelos cuidados de saúde da população.

O governo imperial sentiu necessidade de controlar melhor as ações de saúde da população e criou a Junta Central de Higiene Pública, que tinha a função de coordenar todas as condutas desenvolvidas nas cidades e nos portos brasileiros. Ainda havia a característica de policiamento das ações, inclusive com a existência de uma Polícia Sanitária.

Basicamente a intervenção do Estado no atendimento à saúde da população era voltada para a internação de doentes em hospitais de caridade, expulsar das cidades as pessoas acometidas por doenças contagiosas e fiscalizar os portos mais importantes do país.

Todas essas ações ainda tinham pouca relação de interesse do imperador em oferecer melhores condições de saúde à população. O que motivava tais atitudes eram interesses comerciais com outros países, oferecendo condições sanitárias adequadas para navios aportarem no Brasil, além do interesse pessoal da nobreza em não ser atingida por doenças vindas de classes sociais mais pobres. Com isso, as cidades do interior do país continuavam com pouca ou nenhuma assistência médica de qualidade, a não ser quando isso pudesse repercutir em prejuízo para as exportações, como no caso de epidemias que pudessem matar muitos trabalhadores de determinadas áreas da agricultura ou do fornecimento de matéria-prima.

1.4 Período Republicano (1889-1964)

Primeiro momento (1889-1930)

Em 1889 acontece a Proclamação da República e se propaga a ideia de modernização do Brasil.

A própria inscrição da bandeira nacional (Ordem e Progresso) já indicava uma nova organização social, com a intenção de criar uma situação coordenada pelo Estado e que proporcionasse o progresso do Brasil. Esse avanço esperado precisava de pessoas saudáveis para trabalhar e produzir riquezas para o país.

Para isso, a medicina serviu como orientadora das ações a serem desenvolvidas, com tentativas de garantir a saúde individual e coletiva da população, necessárias para que ocorresse o esperado progresso do país. As cidades e os portos eram os pontos estratégicos que precisavam melhorar as condições sanitárias, especialmente porque as cidades receberam muitos novos habitantes, tanto aqueles vindos da zona rural quanto os imigrantes que chegavam para trabalhar no Brasil.

Para tentar resolver os problemas de saúde da população, muitos médicos passaram a ocupar cargos na administração pública e, com isso, surgiram algumas ações, tais como reforma das cidades, com drenagem de pântanos e obras em rios que provocavam enchentes; eliminação de viveiros de ratos e insetos transmissores de doenças; isolamento compulsório dos doentes e pessoas consideradas perigosas para a saúde da sociedade. Também havia a prática de divulgar as regras básicas de higiene para a população, incentivando todos a adotarem hábitos mais saudáveis.

A participação do Estado no controle da saúde da população deixou de ocorrer somente nos períodos de surtos epidêmicos e passou a ser constante. Mas essa atuação tinha como finalidade prevenir o aparecimento de doenças e enfermidades que comprometessem a “vida útil” dos trabalhadores que iriam gerar riquezas ao país e promover o desenvolvimento esperado.

Contudo, na prática, as políticas de saúde recebiam pouca estrutura e recursos financeiros para se tornarem efetivas no cuidado da

saúde da população. Com isso, formou-se um ciclo de condições negativas: o trabalhador tinha baixos salários e não recebia a devida atenção à saúde por parte do poder público; com a saúde fragilizada, o trabalhador teve seu período produtivo reduzido, dificultando a superação da pobreza no país.

Na área rural havia um grande descaso com a saúde da população e ações do poder público só eram direcionadas para essas regiões quando os problemas representavam risco para a produção agrícola do país.

No final do século XIX, o estado de São Paulo criou o Serviço Sanitário Paulista, que serviu de modelo para os demais estados brasileiros. Esse serviço era formado por pessoas qualificadas e com bons equipamentos, que fiscalizavam todos os estabelecimentos e residências das cidades. Para completar a melhoria das condições de saúde, ficou proibido o atendimento de saúde da população por outras pessoas, que não fossem médicos formados em faculdades. Havia, inclusive, ameaça de prisão daqueles que estivessem fazendo atendimento de pessoas, sem possuir a formação médica.

No início do século XX, muitos institutos de pesquisa foram criados no estado de São Paulo, os quais já não adotavam mais as teorias dos miasmas para explicar a origem das doenças. São exemplos o Instituto Butantã e o Instituto Adolfo Lutz.

Nesse mesmo período, no Rio de Janeiro surge o Instituto Oswaldo Cruz, outra grande referência para a pesquisa em saúde no Brasil.

Já no restante do país, muito pouco avançou nesse período, principalmente por disputas políticas locais, que dificultavam a ação de médicos pesquisadores em busca de melhores formas de atender a população.

Além da pobreza dos cidadãos, alguns intelectuais brasileiros começaram a aventar que a possível causa dos problemas de saúde da população era em função da miscigenação do povo. Ou seja, os brasileiros não eram uma raça pura. Essa teoria ganhou força com a vinda de alguns europeus para o Brasil, os quais traziam a concepção de superioridade dos brancos sobre os demais grupos étnico-raciais.

Em outro momento houve uma grande investida para a melhoria das condições sanitárias da cidade do Rio de Janeiro. Foram derrubados prédios antigos que serviam de criadouros de animais transmissores de doenças. Também foi criada a função de inspetores sanitários, que tinham o propósito de visitar todas as casas para encontrar possíveis locais de proliferação de ratos e insetos. Algumas favelas que já estavam instaladas nos morros cariocas foram destruídas e foi feita terraplanagem nesses morros. Com todas essas medidas, a população do Rio de Janeiro teve melhores condições sanitárias e isso se refletiu na diminuição de mortos por causa de doenças endêmicas.

Essa forma de atuação foi reproduzida em muitas cidades do país e isso representou, de modo geral, diminuição na mortalidade e morbidade da população brasileira. Foram desenvolvidas ações como a distribuição de água encanada para a população, esgotos subterrâneos e luz elétrica nas residências. No entanto, essas medidas ainda beneficiavam principalmente a camada mais rica da população e os mais pobres ainda sofriam com doenças evitáveis e de fácil prevenção.

Em alguns momentos o descaso do poder público com a saúde da população mais pobre provocou indignação. Um grande exemplo disso foi a Revolta da Vacina, ocorrida no ano de 1904 na cidade do Rio de Janeiro. O congresso nacional havia aprovado uma lei que obrigava a vacinação em massa da população e na cidade do Rio de Janeiro o povo se posicionou contra essa medida, porque nunca havia sido feito nada parecido. A população se uniu e fundou a Liga Contra a Vacina

Obrigatória, o que provocou confrontos entre a polícia e as pessoas que protestavam e se recusavam a serem vacinadas. Em um desses embates ocorreu a morte de um manifestante e isso tornou a discussão quase uma guerra na cidade do Rio de Janeiro. Com a ocupação dos bairros onde os manifestantes estavam instalados e a prisão de muitos deles, a revolta chegou ao fim. A situação foi tão marcante que o governo revogou a obrigatoriedade da vacina, tornando-a opcional e buscando novas maneiras de se relacionar com a população em busca de tratamento dos problemas de saúde.

Segundo momento (1930-1945)

Em 1930 o Brasil passou a ser governado por Getúlio Vargas, que chegou ao poder por meio de uma Revolução. Nesse período, o presidente passou a governar por decretos e suspendeu a vigência da Constituição de 1891.

O governo Vargas adotou uma gestão centralizadora e populista, com a qual criou políticas sociais que agradavam grande parte da população. Essa foi a estratégia usada pelo presidente para disfarçar a ditadura que existia no país.

A área da saúde também foi contemplada nas reformas políticas do governo Vargas, sendo bastante significativa a criação do Ministério da Educação e da Saúde no ano de 1930. Ficava clara a mensagem de que o Estado seria o responsável pelos cuidados à saúde da população.

As decisões sobre as medidas que seriam desenvolvidas e a forma de atendimento às pessoas passaram a ser centralizadas pelo governo federal e os profissionais de saúde foram afastados dessas discussões, sendo que as escolhas eram meramente políticas. A estratégia de governo ditatorial de Vargas deu bastante ênfase à assistência aos que residiam em áreas urbanas.

O governo (Estado) criou as “Caixas de aposentadorias e pensões” e os “Institutos de previdência”, específicos para algumas categorias profissionais. A função desses órgãos era garantir a assistência médica aos trabalhadores, mediante o desconto mensal de um pequeno percentual do salário de cada funcionário.

A situação era bastante complicada para os trabalhadores que não tinham carteira de trabalho assinada e não possuíam rendimento suficiente para contribuir com a caixa de sua categoria profissional. Essas pessoas eram chamadas de “indigentes” pelas instituições hospitalares filantrópicas que os atendiam.

Ainda com a intenção de agradar parcela da população, o governo Vargas criou vários benefícios aos trabalhadores, dentre os quais podem ser destacados: licença remunerada para as trabalhadoras gestantes; criação do salário mínimo; jornada de trabalho diária de oito horas; estabeleceu a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT); indenização por acidentes de trabalho; pagamento de horas extras; direito a férias remuneradas; tratamento médico. Todos esses benefícios eram oferecidos aos trabalhadores com carteira assinada. Aos demais, os cuidados à saúde ficavam por conta das instituições filantrópicas.

Também na década de 1930 ganhou força a ideia de “educação em saúde”, que tinha a proposta de convencer a população a adotar hábitos saudáveis, com base nos conceitos de higiene e prevenção de doenças contagiosas. Uma estratégia utilizada inicialmente foi a divulgação de informações sobre saúde por meio de cartazes e panfletos. O problema dessa estratégia é que grande parte da população era analfabeta nessa época. A saída, então, foi a difusão dos dados pelo rádio, que tinha abrangência nacional e boa aceitação por praticamente todos os cidadãos.

Havia ainda a ação de enfermeiras sanitárias que eram formadas com a função de percorrer os bairros, levar informações básicas de higiene à população e ainda encaminhar os doentes para os hospitais filantrópicos.

Alguns anos depois, a administração sanitária deu nova ênfase à proposta de educação em saúde. Para isso foram usadas novas técnicas pedagógicas e de comunicação, apoiadas nos conceitos de medicina preventiva e sanitária. Essas ações também usavam folhetos e cartazes, mas com ilustrações que dispensavam a leitura do texto para compreender a mensagem que se pretendia transmitir.

Outro ponto negativo ainda persistente nesse período era o da eugenia, que trazia o conceito de que os indivíduos brancos eram os mais perfeitos representantes da raça humana e os demais apresentavam algum tipo de inferioridade biológica. Inclusive alguns cartazes traziam a informação de superioridade da população ariana, formada por indivíduos brancos europeus da região da Alemanha e Áustria.

Essa postura de seguir o modelo ariano como ideal para a raça humana foi adotada por muitos profissionais de saúde brasileiros. Contudo, em 1942 o governo de Vargas foi pressionado pelos Estados Unidos a se juntar aos aliados na Segunda Guerra Mundial, declarando guerra às forças do eixo (Alemanha, Japão e Itália). Com isso, o setor de saúde pública passou a adotar o modelo do estilo de vida norte americano como ideal para garantir o bem-estar físico e mental da população brasileira.

Na década de 1940, apesar de o Brasil ter melhores condições de atendimento à saúde da população urbana, a população rural ainda sofria com doenças que já tinham sido controladas em países mais desenvolvidos.

Terceiro momento (1945-1964)

Com o final da Segunda Guerra Mundial e a “vitória” dos Estados Unidos e Aliados, o povo brasileiro iniciou um movimento contrário à ditadura existente no país e isso teve como consequência a retirada de Getúlio Vargas da presidência e a volta da democracia.

No período que durou de 1945 até 1964, o Brasil vivenciou um novo momento democrático, com eleições para a maioria dos cargos públicos, mas ainda estava sob forte influência do governo populista de Vargas.

Com isso, os presidentes continuavam a desenvolver projetos que tinham grande impacto na opinião pública, tais como as grandes obras, mas continuaram deixando de atender problemas básicos relacionados à situação de saúde de grande parte dos brasileiros.

No início desse período, o presidente Eurico Gaspar Dutra elaborou um projeto que tinha como meta melhorar as condições de vida da população, sendo a saúde um item importante dessa proposta. No entanto, disputas políticas impediram que esse plano fosse efetivamente colocado em prática.

Já em 1953, quando Getúlio Vargas estava na presidência do Brasil (agora eleito pelo povo), foi criado o Ministério da Saúde. Porém, esse ministério recebia valores muito pequenos do orçamento da União para desenvolver ações voltadas à saúde da população. Poucos avanços foram notados em relação ao saneamento das cidades e para a assistência aos doentes.

Com a ajuda de técnicos norte-americanos, o Ministério da Saúde criou o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que tinha como meta diminuir os índices de morbidade e mortalidade nas regiões de exploração da borracha amazônica e no Vale do Rio Doce.

Outro problema que atrapalhava o funcionamento do Ministério da Saúde eram os acordos políticos que negociavam troca de ambulâncias, vacinas, vagas para internação em hospitais e até a disponibilização de profissionais para determinados órgãos. Essas barganhas eram feitas envolvendo votos e apoio eleitoral em períodos de eleição. Até mesmo o Ministro da Saúde era frequentemente substituído e nos primeiros 20 anos de existência desse ministério houve 19 ministros.

Tudo isso agravou ainda mais as condições de saúde da população e a expectativa de vida do brasileiro na década de 1950 era de 50 anos. Essa expectativa de vida era igual a dos europeus no período da Idade Média, quando ainda não existiam vacinas e eram escassos os conhecimentos sobre prevenção e tratamento de doenças transmissíveis.

Aproveitando-se da fragilidade das condições de atendimento à saúde da população por parte do Estado, a iniciativa privada passou a pressionar os governantes a lhes fazer empréstimos para a construção de clínicas e hospitais, os quais depois “venderiam” seus serviços ao poder público e à população. Como o controle dos gastos públicos não eram muito rigorosos, muitos empréstimos não eram pagos e os próprios políticos se beneficiavam dessa situação.

Uma marca negativa desse período foi o alto índice de mortalidade infantil (óbitos de crianças com menos de um ano de idade) nas grandes cidades, pois nesses locais houve um aumento muito rápido do número de habitantes com o êxodo rural, sem que houvessem investimentos proporcionais no tratamento da água e do esgoto.

Nas regiões periféricas das grandes cidades e em localidades afastadas dos grandes centros urbanos ainda existia o problema da fome, que fragilizava ainda mais a saúde da população brasileira. A cobrança

de alguns setores da sociedade era para que o governo não só tratasse dos doentes, mas também garantisse a alimentação necessária para os indivíduos se manterem em bom estado de saúde.

Com as condições mencionadas anteriormente, a medicina deixou de ser considerada apenas uma profissão com capacidade técnica para tratar os doentes. Passou a ser vista como uma ferramenta social que poderia cobrar, das autoridades políticas, melhores condições de saúde para atender a população, especialmente aqueles mais pobres.

A partir desse momento, no início da década de 1960, a situação política do país voltou a ficar complicada, pois de um lado os movimentos populares, os trabalhadores e a comunidade médica pressionavam o governo para oferecer melhores condições de atenção à saúde e, por outro lado, os empresários que lucravam com a miséria da população boicotavam a maior parte das ações que poderiam desencadear melhoras para a saúde, a fim de manter os lucros com fornecimento de materiais, equipamentos e serviços ao Estado e à população.

1.5 Período do regime militar (1964-1985)

Como a situação política enfraquecida, em 1964 os chefes das forças armadas organizaram um golpe militar e passaram a governar o Brasil. Essa tomada do poder teve como justificativa o controle do avanço do comunismo no país e a garantia da segurança nacional.

O governo militar divulgou intensamente a estabilização da economia brasileira e a conquista esportiva do tricampeonato da Copa do Mundo de futebol em 1970, como fatos que representavam o avanço do país em função da forma de gerenciar a nação. O avanço da medicina também foi propagandeado, com destaque

ainda maior para a realização do primeiro transplante de coração da América Latina, realizado pelo Dr. Zerbini e sua equipe em 1968 no Hospital das Clínicas de São Paulo.

Contudo, o período militar era caracterizado por duras repressões políticas e desrespeito aos direitos humanos. Nesse caminho, o Ministério da Saúde foi pouco valorizado e perdeu importância na distribuição de verbas federais, tudo em nome da necessidade de segurança nacional. Com isso, o Ministério da Saúde passou a elaborar projetos que eram executados por outros ministérios, tais como o da educação e da agricultura. Todavia, tais projetos tinham pouco efeito para a melhora das condições de saúde da população.

A forma como o Ministério da Saúde desenvolvia suas ações caracterizava o entendimento de que a saúde era algo somente individualizado e não um fenômeno coletivo. Essa postura fez com que a saúde pública ficasse abandonada, sem receber qualquer tipo de ação efetiva por mais de uma década. Como consequência, surgiram algumas epidemias que assolaram boa parte da população brasileira na década de 1970, tais como a malária e a meningite.

Ainda havia um agravante que era a censura das notícias sobre as epidemias, quando os governos militares impediam a divulgação do número de pessoas doentes ou mortas em função de determinadas doenças.

Na tentativa de controlar também a previdência, o governo militar criou em 1966 o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que viria para substituir todas as caixas de aposentadoria e pensões dos diversos segmentos de trabalhadores. Com isso, o INPS trataria dos doentes individualmente e o ministério da saúde cuidaria da saúde coletiva no país com a elaboração de programas de saneamento e tomando providências em períodos de epidemias.

Como o INPS passou a utilizar o setor privado para atender a população trabalhadora, mas tinha dificuldade para repassar recursos às instituições hospitalares, começaram a acontecer fraudes por parte dessas instituições. Essa situação também agravou as condições de atendimento oferecido aos trabalhadores doentes, que tinham poucas alternativas além desses hospitais conveniados com o governo.

Para tentar conter a onda de corrupção instalada no setor de saúde, o governo militar criou alguns órgãos que serviam para fiscalizar e reorganizar alguns serviços. Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, que incorporou o INPS. Também foi criada a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev) e o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural).

Com todas essas medidas, no final da década de 1970 o índice geral de mortalidade da população brasileira começou a diminuir. No entanto, como o país havia passado muitos anos com atendimento precário à população, ainda havia muita carência de atendimento médico à população.

Na área de saúde do trabalhador existiam muitos problemas com a assistência insuficiente diante da grande demanda de pessoas acidentadas em situação de trabalho. Com isso, muitos hospitais passaram a optar pelos procedimentos mais rápidos ao invés daqueles mais minuciosos. Exemplo disso eram as amputações de braços e pernas de trabalhadores acidentados, mesmo quando havia outra forma de tratamento (sem amputação), mas que exigiria longa internação e elevado gasto com medicamentos e profissionais especializados.

A classe média brasileira buscou ainda outra alternativa para cuidar da saúde, que foram as companhias de seguros que chegavam ao Brasil oferecendo atendimento médico em troca de pagamento de mensalidades. Ficou famosa no país a Golden Cross, que atuava nesse ramo.

Outro agravante à saúde da população era o domínio da indústria farmacêutica por indústrias estrangeiras. Essas empresas determinavam os preços dos medicamentos e ainda vendiam remédios sem efetiva comprovação de eficácia para determinadas doenças ou mesmo remédios que eram proibidos na Europa e Estados Unidos. Com isso a indústria farmacêutica conseguia se livrar dos estoques de medicamentos já produzidos e com pouca aceitação fora do Brasil. O poder dessas empresas era tão grande que nos momentos em que o governo as ameaçava ou pressionava de alguma forma, havia corte do fornecimento de medicamentos vitais para as doenças que mais acometiam a saúde da população brasileira. Inevitavelmente o governo cedia e aceitava as condições impostas pelas indústrias farmacêuticas.

1.6 Período da Nova República (1985 aos dias atuais)

Em 1985 chegou ao fim o governo de João Figueiredo, o último general presidente do Brasil. Com isso, a democracia voltou a ser sentida pela população brasileira de diversas formas: fim da censura, abertura ao pluripartidarismo político e eleições diretas para os cargos públicos.

O fato mais marcante do início desse novo período foi a promulgação da nova Constituição em 1988. Essa nova legislação trazia conquistas inovadoras e almejadas há muitas décadas.

No entanto, havia uma crise financeira muito grande no país, com a inflação anual chegando ao absurdo de 2000%. É claro que essa situação atingiu também o setor saúde, que teve limitação de investimentos do governo federal no início da década de 1990.

Uma grande mudança desse período pode ser atribuída à organização e manifestação da população em prol das melhorias da saúde,

especialmente por meio dos movimentos sociais organizados. No entanto, a maior modificação foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a ser responsável pela atenção à saúde dos habitantes deste país, independentemente da condição financeira ou qualquer outra característica social, política ou religiosa, pois esse sistema traz no texto da Constituição Federal o princípio de ser universal. Ou seja, todos os brasileiros têm direito ao atendimento gratuito à saúde.

Outra alteração significativa a partir da criação do SUS foi o entendimento do poder público de que o setor privado de saúde é “complementar” ao sistema público, mas segue princípios e normas estabelecidas pelo governo. Com isso, todo o conjunto de serviços privados de atendimento à saúde dos brasileiros é chamado de “saúde suplementar”, uma vez que todos já têm direito ao atendimento ofertado pelo SUS.

Em relação à saúde suplementar, nota-se pouco interesse em investir na saúde preventiva da população e pouco empenho em mudar os indicadores de saúde (por exemplo, a mortalidade infantil).

A organização do SUS trouxe uma forma descentralizada de prestação de atendimento médico-sanitário à população. Com isso, os municípios brasileiros passaram a ter maiores responsabilidades pela estruturação e efetiva prestação de atendimento à população, do que o Ministério da Saúde.

Ao mesmo tempo, essa descentralização trouxe uma sobrecarga grande aos municípios, especialmente aqueles de pequeno porte e que têm pouca arrecadação financeira, mas que precisam destinar recursos para o setor saúde, os quais são necessários para custear a estrutura física e o pagamento de profissionais qualificados para o atendimento da população.

CAPÍTULO 2

OS PROCESSOS DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) NO BRASIL

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988. No texto constitucional, mais especificamente nos artigos 196 a 200, da Seção III (“Da Saúde”), do Título VIII (“Da Ordem Social”), estão expressas as diretrizes do SUS.

Nota-se que o texto constitucional descreve que a concepção do SUS está baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania.

O momento político pelo qual passava a sociedade brasileira, recém-saída de uma ditadura militar, onde a cidadania nunca foi um princípio de governo, inspirou esse anseio popular. Embalada pelo movimento das “diretas já”, a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania.

Já a implementação do sistema se deu pelas Leis Orgânicas da Saúde, criadas a partir de 1990 (Leis nº 8080/1990 e nº 8142/1990) e, mais recentemente, pelo Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 1990a, BRASIL, 1990b, BRASIL, 2011a).

O próprio entendimento de saúde também foi demonstrado de forma mais ampliada, com a seguinte redação:

[...] a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia,

o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990a).

A Lei nº 8.080/1990 definiu o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento, além de definir que o financiamento do sistema será feito com repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios, com base nos seguintes critérios: perfil demográfico; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados (BRASIL, 1990a).

São as instituições públicas municipais, estaduais e federais as responsáveis pelo desenvolvimento do conjunto de ações e serviços que formam o SUS, cabendo à iniciativa privada a participação de forma complementar nesse sistema.

Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

- **Universalidade** – Todas as pessoas devem ter amplo acesso às ações e serviços de saúde, sem qualquer tipo de distinção em função do sexo, raça/cor, renda, ocupação ou quaisquer outras características do indivíduo;
- **Equidade** – As pessoas devem ser atendidas de forma justa, sem privilégios ou preconceitos, garantindo-lhes assistência à saúde conforme suas demandas;
- **Integralidade** – As necessidades de saúde de cada pessoa devem ser atendidas em sua totalidade, desde as mais simples até as mais complexas.

A partir dos princípios doutrinários, derivaram alguns princípios organizativos:

- **Hierarquização** – entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra referência;
- **Participação popular** – é a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde nos chamados Conselhos Municipais de Saúde;
- **Descentralização** – consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS;

Os objetivos e as atribuições do SUS foram assim definidos:

- Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
- Formular as políticas de saúde;
- Fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.
- Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica;
- Executar ações visando a saúde do trabalhador;
- Participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- Participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde;

- Realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar;
- Participar das ações direcionadas ao meio ambiente;
- Formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- Controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- Fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- Participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- Incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde;
- Formulação e execução da política de sangue e de seus derivados.

A partir de 2003 as instâncias colegiadas passaram a solicitar ao Ministério da Saúde que revisasse o processo normativo do SUS. Com isso, várias discussões passaram a ser feitas com o objetivo de propor uma nova organização da política de saúde. O resultado dessas discussões foi a criação de um “Pacto pela Saúde”¹, com capacidade de responder aos desafios da gestão e organização do SUS. No ano de 2006, por meio da Portaria GM/MS nº 399 (BRASIL, 2006), foram definidas três dimensões do Pacto pela Saúde:

¹ O Pacto pela Saúde estabeleceu que as ações e serviços de atenção primária são responsabilidades que devem ser assumidas por todos os municípios. As responsabilidades pelas demais ações e serviços de saúde serão atribuídas de acordo com o que for pactuado e com a capacidade da rede de serviços de cada município.

- **Pacto em defesa do SUS** – um compromisso com a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado e não mais uma política de governo. O financiamento público da saúde é um dos pontos centrais.
- **Pacto pela vida** – um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais.
- **Pacto de gestão** – estabeleceu as responsabilidades solidárias dos gestores a fim de contribuir para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS. Também estabeleceu as diretrizes para o sistema de financiamento.

No ano de 2011, o Decreto nº 7.508/2011 regulamentou a Lei nº 8080/1990. Essa regulamentação trouxe uma inovação que foi o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) para a área da saúde.

A principal finalidade do COAP é proporcionar maior transparência na gestão do SUS, segurança jurídica e controle social. Para isso, está definida de forma clara a colaboração de cada gestor do SUS para a efetivação das políticas de saúde. O COAP é um contrato, como o próprio nome diz, com vigência de quatro anos, sendo assinado pelo Ministro da Saúde, Governador, Prefeitos e respectivos secretários de saúde.

No ano de 2019 foi instituído o Programa Previne Brasil, por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019). Este programa foi apresentado como uma estratégia para aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem.

O Programa Previne Brasil estabeleceu um novo modelo de financiamento, alterando algumas formas de repasse das transferências para os municípios, as quais passaram a ser distribuídas com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

- **Capitação ponderada:** é um modelo de remuneração calculado com base no número de pessoas cadastradas sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família ou equipes de Atenção Primária. Esse componente considera fatores de ajuste como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil de idade e a classificação rural-urbana do município, de acordo com os dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

- **Pagamento por desempenho:** para definição do valor a ser transferido neste componente, são considerados os resultados alcançados em um conjunto de indicadores que serão monitorados e avaliados no trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou equipes de Atenção Primária (eAP).

- **Incentivos para ações estratégicas:** abrangem características específicas de acordo com a necessidade de cada município ou território. Esses incentivos contemplam a implementação de programas, estratégias e ações que refletem na melhoria do cuidado na APS e na Rede de Atenção à Saúde.

No ano de 2020 foi publicada a Portaria nº 828 GM/MS (BRASIL, 2020), alterando a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a), a qual contemplava o conteúdo da Portaria nº 3.992/2017 (BRASIL, 2017b) acerca do financiamento e alterou a nomenclatura dos Blocos de Financiamento.

Assim, a partir de maio de 2020, com o objetivo de manter maior flexibilidade financeira, os recursos do Ministério da Saúde, destinados

a despesas com ações e serviços públicos de saúde, passaram a ser organizados e transferidos por Grupo de Identificação das Transferências, na forma dos seguintes blocos de financiamento, relacionados ao nível de atenção ou à finalidade da despesa na saúde, tais como:

I. Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde. a) Atenção primária; b) Atenção especializada; c) Assistência Farmacêutica; d) Vigilância em Saúde; e) Gestão do SUS.

II. Bloco de Estruturação da Rede de Serviços Públicos de Saúde. a) Atenção primária; b) Atenção especializada; c) Assistência Farmacêutica; d) Vigilância em Saúde; e) Gestão do SUS.

2.1 A gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)

A nova concepção do sistema de saúde brasileiro, criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8080/1990, nº 8142/1990 e Decreto nº 7508/2011, prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre Estado (nas diferentes esferas de governo – nacional, estadual e municipal) e a sociedade.

No SUS, as funções exercidas podem ser assim diferenciadas²:

Gestão – atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

² A gestão do SUS é exclusivamente pública, enquanto a gerência pode ser pública ou privada.

Gerência – a administração de unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviço do SUS.

A gestão do SUS também tem a participação da comunidade, por meio de duas instâncias colegiadas em cada esfera de governo. São elas:

- Conferência de saúde.
- Conselho de saúde.

Há também os órgãos colegiados de representação política dos gestores do SUS. São eles:

- Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) – composto pelos secretários municipais de saúde de cada estado.
- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) – composto por representantes de cada COSEMS.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) – composto pelos secretários estaduais de saúde.

Para a tomada de decisão sobre os encaminhamentos necessários à adequada implantação e implementação das políticas de saúde vinculadas ao SUS, os gestores se reúnem nas “instâncias de pactuação”³, que são:

- Comissão Intergestores Bipartite (CIB) – reúne em cada estado os representantes da Secretaria Estadual de Saúde e os membros do COSEMS. Tem periodicidade mensal.
- Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – reúne em Brasília o gestor do Ministério da Saúde, representantes do CONASS e representantes do CONASEMS. Tem periodicidade mensal.

³ Nas instâncias colegiadas são definidas estratégias, diretrizes, programas, projetos e alocação de recursos do SUS.

2.2 A regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS)

A regionalização do SUS é uma estratégia prioritária para alcançar a situação adequada de atenção à saúde da população. Essa regionalização significa que as ações e serviços de saúde devem ser organizadas localmente, a partir das discussões dos gestores municipais e estaduais, com a finalidade de otimizar a capacidade que cada ente federativo tem, no propósito de atenção à saúde da população, de forma integral e equânime.

Com a regionalização das ações e serviços de saúde, espera-se que haja melhores condições de atender a população, com a organização de redes de atenção à saúde integradas. Com isso, a finalidade é distribuir as funções entre as diferentes esferas de governo (municipal, estadual e federal), sem sobrecarregar nenhuma delas.

Nesse sentido, em todo o país foram organizadas regiões de saúde dentro de cada estado ou até mesmo entre municípios de divisa entre dois estados. Para formar as regiões de saúde, devem ser respeitados critérios como: características sociais, econômicas e culturais da região; avaliação da disponibilidade de recursos humanos, físicos e equipamentos de forma adequada.

A formação das regiões de saúde ocorre da seguinte forma: um conjunto de municípios é agrupado para formar uma microrregião de saúde; uma ou mais microrregiões de saúde são agrupadas para formar uma região de saúde. Essa organização é apresentada na Figura 3.

Figura 3: Organização das regiões de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)



Fonte: elaboração própria dos autores.

É importante diferenciar que as regiões de saúde são “territórios sanitários” e não precisam seguir exatamente a divisão político-administrativa do país, dos estados e dos municípios. Na definição dos territórios sanitários, também é estabelecida a abrangência dos serviços prestados em cada esfera de gestão. Nessa divisão de territórios sanitários são usadas organizações denominadas microrregiões e macrorregiões de saúde⁴.

2.3 A participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS)

A “Reforma sanitária” proposta por profissionais e estudiosos da área da saúde durante a década de 1980, com a finalidade de criar uma política pública de saúde que atendesse as necessidades dos brasileiros, trouxe a possibilidade clara de participação da população nas decisões relacionadas às ações e serviços de saúde prestados aos brasileiros.

⁴ É função das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) a coordenação do processo de regionalização.

Nesse sentido, foram fortalecidas as atividades das instâncias colegiadas que representam a comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Utiliza-se a expressão “controle social” para se referir a essas instâncias, que são:

As Conferências de Saúde

Organizacionalmente, as Conferências de Saúde são reuniões com os representantes da sociedade (que são os usuários do SUS), do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços, parlamentares e outros segmentos da sociedade civil organizada, para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos municípios, nos estados e no país.

De quatro em quatro anos deve acontecer a Conferência Nacional de Saúde, após a realização das Conferências estaduais e municipais, onde são apontados os rumos para aperfeiçoamento do SUS.

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) ocorrem no Brasil desde 1941. No entanto, desde o início essas conferências se caracterizaram como eventos técnicos, dos quais participavam alguns especialistas do Ministério da Saúde, normalmente vinculados à problemática sanitária debatida em cada Conferência.

Esse panorama só começou a mudar a partir da redemocratização do país, em 1985. Nesse período realizou-se a VIII CNS, a qual inovou pela ampliação dos segmentos sociais que participaram efetivamente das discussões, principalmente com a inclusão dos usuários dos serviços de saúde⁵.

⁵ Foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília-DF, que desencadeou a ideia da construção do SUS. Ao final dessa Conferência foi gerado um relatório com muitas propostas para a formulação de uma política pública de saúde. Esse relatório serviu de base para os constituintes (deputados e senadores) elaborarem o capítulo da Constituição Federal de 1988 que criou o SUS.

O Quadro 1 apresenta uma síntese das informações sobre as CNS realizadas no Brasil, desde 1941.

Quadro 1: Temas das Conferências Nacionais de Saúde realizadas no Brasil, desde 1941

Conferência Nacional de Saúde - CNS	Ano	Tema
1ª CNS	1941	Situação sanitária e assistencial dos estados
2ª CNS	1950	Legislação referente à higiene e segurança do trabalho
3ª CNS	1963	Descentralização na área de saúde
4ª CNS	1967	Recursos humanos para as atividades em saúde
5ª CNS	1975	Constituição do Sistema Nacional de Saúde e a sua institucionalização
6ª CNS	1977	Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde
7ª CNS	1980	Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos
8ª CNS	1986	Saúde como direito; reformulação do Sistema Nacional de Saúde e financiamento setorial
9ª CNS	1992	Municipalização é o caminho
10ª CNS	1996	Construção de modelo de atenção à saúde
11ª CNS	2000	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social
12ª CNS	2003	Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos
13ª CNS	2008	Políticas de Estado e Desenvolvimento
14ª CNS	2011	Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro
15ª CNS	2015	Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro
16ª CNS	2019	Democracia e Saúde

Fonte: elaboração própria dos autores.

Os Conselhos de Saúde

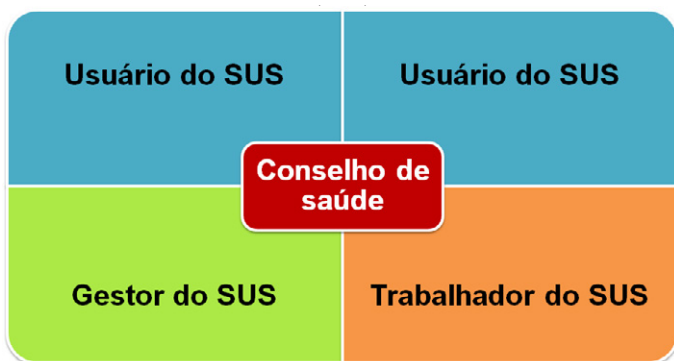
Já os Conselhos de Saúde são os órgãos que a sociedade, nos níveis municipal, estadual e federal, dispõe para fazer o controle do SUS. Esses Conselhos foram criados para permitir que a população tenha condições de participar da gestão da política pública de saúde, defendendo os interesses da coletividade, de modo que todos e todas sejam atendidos pelas ações governamentais.

Os Conselhos de Saúde funcionam como colegiados, de caráter permanente e deliberativo. Ou seja, devem funcionar e tomar decisões regularmente, acompanhando, controlando e fiscalizando a política de saúde e propondo correções e aperfeiçoamentos em seu rumo.

A composição dos Conselhos de Saúde é paritária, tal como demonstrado na Figura 4, com a seguinte distribuição:

- 50% de seus componentes são usuários do SUS.
- 25% de seus componentes são gestores do SUS.
- 25% de seus componentes são trabalhadores do SUS.

Figura 4: Composição dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde



Fonte: elaboração própria dos autores.

CAPÍTULO 3

OS MODELOS DE ATENÇÃO E NÍVEIS DE INTERVENÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA BRASILEIRA

3.1 Modelos de atenção à saúde

Antes de descrever os modelos de atenção à saúde, é preciso compreender a aplicabilidade da expressão “necessidades de saúde”, a qual é bastante utilizada nos serviços de saúde e pode ser compreendida de diferentes formas.

Uma dessas maneiras é pela percepção de algum tipo de “dano” à saúde, apresentado pela pessoa que procura atendimento. Nesse caso, o indivíduo tem uma doença ou sofreu um agravo (acidente ou violência, por exemplo), o que o levou a procurar um serviço de saúde. Ou seja, essa é uma necessidade percebida, também chamada de demanda espontânea.

A outra forma de necessidade de saúde não é expressa pela população como uma demanda espontânea, pois mesmo que algumas pessoas tenham problemas de saúde (doenças ou agravos) ou risco de desenvolvê-los, não têm consciência desse problema e, por isso, não procuram atendimento. Essas são as chamadas necessidades não percebidas.

Agora, tratando dos modelos de atenção, dois deles se firmaram na saúde pública ao longo da história do Brasil. É interessante notar que esses modelos podem ser considerados contraditórios ou complementares, conforme o momento e a forma como são observados. São assim denominados:

- **Modelo médico hegemônico:** está voltado para a demanda espontânea da população, ou seja, o atendimento é feito quando a

pessoa sente que é necessário buscar um profissional médico para cuidar de alguma doença ou agravo à saúde.

Algumas características marcantes desse modelo são: o individualismo no atendimento; a visão do processo saúde/doença como uma mercadoria; ênfase nos aspectos biológicos do processo saúde/doença; ênfase no tratamento medicamentoso dos problemas de saúde; valorização do aspecto curativo e não preventivo das doenças; subordinação da pessoa atendida em relação ao profissional de saúde.

- **Modelo sanitaria:** busca atender problemas de saúde presentes na população, mas que nem sempre são vistos pela própria população como uma demanda necessária de intervenção por parte de profissionais de saúde.

As características desse modelo são: busca atender as necessidades de saúde da população mediante campanhas (vacinação, controle de epidemias, etc.); realização de programas especiais direcionados a grupos populacionais específicos (saúde da mulher, saúde mental, controle da tuberculose, etc.); uso da vigilância sanitária e da vigilância epidemiológica.

3.2 Níveis de intervenção na saúde pública brasileira

A saúde pública no Brasil se organizou em três níveis de intervenção: primária, secundária e terciária⁶. Cada um desses níveis tem características e objetivos diferentes quando são prestados à população.

⁶ As expressões “Atenção básica”, “Média complexidade” e “Alta complexidade” não devem ser confundidas como uma hierarquia de importância, visto que as ações desenvolvidas nos três níveis são igualmente importantes para assegurar boas condições de saúde. O que diferencia cada um desses níveis é a complexidade tecnológica disponível para atender o usuário do sistema de saúde.

- **A atenção primária à saúde:** intervenções realizadas por meio de ações voltadas à população com o objetivo de diminuir a incidência de determinadas doenças. Inclui-se nesse nível de atenção todas as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, além daquelas necessárias em casos de urgência e emergência. A expressão “Atenção básica” é usada como sinônimo de atenção primária à saúde.

- **A atenção secundária:** tem o propósito de diminuir a prevalência de determinadas doenças na população, reduzindo sua evolução e duração, por meio de diagnóstico e tratamento adequado. Inclui-se nesse nível as intervenções profissionais especializadas para o atendimento de cada doença. A expressão “Média complexidade” é usada como sinônimo de atenção secundária.

- **A atenção terciária:** tem o propósito de diminuir as sequelas e incapacitações decorrentes dos casos de doenças e agravos já existentes na população. Inclui-se nesse nível de atenção as intervenções profissionais de maior complexidade tecnológica que visam a reintegração ao convívio social, do indivíduo já acometido por doença ou agravo. A expressão “Alta complexidade” é usada como sinônimo de atenção terciária.

Em cada país, o sistema de saúde disponível precisa ser organizado por alguma forma de atenção à saúde da população. No Brasil, a ordenação dos serviços de saúde é feita pela Atenção Primária à Saúde (APS).

Nesse caso, a APS é uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, a partir das necessidades de saúde da população (sejam essas necessidades percebidas ou não percebidas).

Existem diferentes interpretações sobre o conceito de APS, mas a maioria a define como o ponto de entrada no sistema de saúde, quando

se apresenta um problema (doença ou agravo), assim como o local de cuidados contínuos da saúde para a maioria dos indivíduos, suas famílias e a população. Em geral, a APS é o local onde o indivíduo tem o primeiro contato com o sistema de saúde.

Nesse sentido, em 1994 o Ministério da Saúde iniciou a implantação de uma estratégia, com o objetivo de reorientar o modelo de atenção à saúde oferecido no Brasil. Essa estratégia iniciou com o nome de Programa de Saúde da Família (PSF).

Quando o PSF foi criado, em 1994, a composição de cada equipe multiprofissional que atenderia uma população previamente determinada era de um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Posteriormente, foram incluídos nas equipes de ESF os profissionais que prestariam a atenção à saúde bucal da população, sendo um cirurgião-dentista, um técnico em saúde bucal (TSB) ou um auxiliar em saúde bucal (ASB). Além desses trabalhadores, outros podem compor as equipes, conforme as necessidades locais.

Os profissionais da equipe de saúde da família têm como “base” uma Unidade de Saúde, denominada Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). No entanto, o atendimento à população não deve ficar restrito às consultas realizadas dentro da UBSF.

Em cada UBSF podem trabalhar mais de uma equipe de saúde da família, sendo cada uma delas responsável pela atenção à saúde da população vinculada a um determinado território. Cada equipe é responsável por uma área onde reside uma quantidade máxima de 4000 pessoas. Essa é a população adscrita da equipe de saúde da família.

Os profissionais das equipes devem cadastrar a população adscrita por meio de visitas domiciliares, geralmente feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), mas que também devem ser acom-

panhadas dos demais trabalhadores, conforme a necessidade de cada situação apresentada pela população. Com esse cadastramento será possível conhecer a realidade daquela população, especialmente os problemas e necessidades de saúde.

As equipes de saúde da família são responsáveis pelo desenvolvimento de programas de saúde voltados à: Saúde da criança; Saúde da mulher; Controle de hipertensão e diabetes; Controle de tuberculose; Eliminação da Hanseníase; Ações de saúde bucal; dentre outros.

O processo de trabalho das equipes de saúde da família deve incluir o desenvolvimento de ações em programas de saúde, atendimento das demandas espontâneas e programadas (consultas), além de ações de educação em saúde.

Posteriormente, no ano de 2006, a denominação deixa de ser PSF e passa a ser Estratégia Saúde da Família (ESF) (Figura 5), pois assim fica melhor caracterizada como uma política de Estado e não uma política de governo.

No ano de 2006, por meio da Portaria nº 648/GM, foi instituída a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabeleceu a ESF como estratégia brasileira para a Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2012).

Neste momento, é válido ressaltar mais uma vez que a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas naquele documento.

Figura 5: Imagem representativa da Estratégia Saúde da Família (ESF)



Fonte: <https://aps.saude.gov.br/>.

Já no ano de 2008, o Ministério da Saúde cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujo objetivo foi ampliar e melhorar o conjunto de ações oferecidas à população por meio da ESF, utilizando, para isso, equipes multiprofissionais com algumas profissões da área da saúde que não estavam contempladas na equipe mínima da ESF.

O NASF surgiu com um grande desafio, pois sabe-se que o trabalho em equipe requer boa dedicação de seus componentes, já que esse tipo de intervenção cria uma interface da atuação dos diversos profissionais e, ao mesmo tempo, precisa resguardar o núcleo de saberes e de atuação de cada profissão, sem esquecer que o objetivo final é oferecer a atenção integral e resolutiva à saúde da população.

No ano de 2017, a Política Nacional de Atenção Básica foi republicada, por meio da Portaria nº 2.436/2017. Este documento alterou a denominação do NASF, passando para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), mantendo na sua constituição uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, composta por categorias de profissionais da saúde, complementar às equipes que atuam na Atenção Básica (BRASIL, 2017c). A Figura 6 apresenta a alteração na identidade visual representativa do NASF para o NASF-AB.

Figura 6: Imagens representativas: A) do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); B) Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)



A



B

Fonte: <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf>.

Os Núcleos configuram-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (eSF) e as equipes de Atenção Básica (eAB), para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

Os NASF-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, não sendo de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias.

Existem três tipos de NASF-AB, os quais são definidos conforme critérios relacionados ao número de equipes às quais estão vinculados e a carga horária dos profissionais que compõem cada núcleo. De forma sucinta, os três tipos de NASF-AB⁷ são descritos no Quadro 2.

⁷ A normatização que regulamenta o NASF-AB está organizada na Portaria nº 2488/2011, na Portaria nº 3124/2012 e na Portaria nº 2.436/2017.

Quadro 2: Organização dos tipos de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

Modalidades	Número de equipes vinculadas*	Somatória das Cargas Horárias Profissionais**
NASF-AB 1	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo: 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
NASF-AB 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo: 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
NASF-AB 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF)	Mínimo: 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;

*Nenhum profissional poderá ter carga horária semanal menor que 20 horas.

**eSF = Equipe Saúde da Família; eAB = Equipe de Saúde de Atenção Básica; eCR = Equipe Consultório na Rua; eSFR = Equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF = Equipe Saúde da Família Fluvial.

Fonte: elaboração própria dos autores.

Podem compor os NASF-AB as seguintes ocupações⁸ (conforme Código Brasileiro de Ocupações – CBO): Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico internista (clínica médica); Médico do Trabalho; Médico Veterinário; Profissional com formação em Arte e Educação (Arte Educador); Profissional de Saúde Sanitarista (aquele profissional com graduação na área da saúde e com pós-graduação em Saúde Pública ou Saúde Coletiva); Profissional Graduado em Saúde Pública ou Saúde Coletiva.

⁸ Cabe ao gestor municipal de saúde a definição dos profissionais que irão compor cada NASF-AB implantado em seu município. Essa decisão deve ser pautada nas necessidades locais de saúde e na disponibilidade de profissionais naquela localidade.

É importante destacar que o NASF-AB tem como objetivo potencializar as ações da Atenção Primária à Saúde. Para isso, a equipe deve vivenciar integralmente o cotidiano nas Unidades de Saúde e desenvolver suas intervenções de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longitudinalidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população.

Sendo assim, o processo de trabalho do NASF-AB deve incluir diferentes formas de intervenção. Algumas dessas ferramentas são mencionadas a seguir.

- O apoio matricial deve ser a forma que melhor expressa a ideologia de atuação do NASF-AB, ou seja, por meio de um “apoio” às equipes de saúde da família (eSF). Esse suporte pode ocorrer de duas formas. Uma delas pela dimensão da assistência, com o profissional do NASF-AB prestando o atendimento diretamente ao paciente. A outra forma é pela dimensão técnico-pedagógica, quando o profissional do NASF-AB compartilha informações com os profissionais das equipes de saúde da família, na forma de orientação técnica, feita de forma educativa e preferencialmente por meio dos princípios da educação permanente em saúde.
- A clínica ampliada é outra ferramenta presente na atuação do NASF-AB e deve ser compreendida como uma abordagem ao usuário do sistema de saúde, sem que o conhecimento específico de uma profissão seja excessivamente privilegiado em detrimento dos demais. Ou seja, é necessário que os profissionais de saúde sejam capazes de adequar os conhecimentos técnicos de cada área profissional às necessidades de cada pessoa atendida.
- O projeto terapêutico singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe multidisciplinar, com apoio matricial, se necessário.

- O projeto de saúde no território é uma estratégia das equipes de referência (equipe de Saúde da Família) e de apoio (NASF-AB) que visa desenvolver ações na produção da saúde, articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas no território.
- A pactuação do apoio é uma ferramenta de cogestão que deve manter-se em constante construção. Ela é coordenada pela gestão de saúde e delimitada em duas atividades: avaliação conjunta da situação inicial do território e pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas.

Em 2019, o programa Previne Brasil trouxe mudanças significativas no modelo de financiamento da Atenção Primária no SUS, que impactam, também, sobre o NASF-AB. Nesta nova forma de financiamento, não existe mais valor fixo e regularmente repassado ao município em função da existência de eSF e NASF-AB.

As eSF ou eAP serão mantidas, pois são a elas que os usuários precisam estar aderidos e cadastrados, já que parte do financiamento agora advém daí. Mas as equipes NASF-AB deixam de existir como requisito para repasse dos recursos.

Além disso, passou a ficar a cargo do gestor local definir se manterá os profissionais neste ponto de atenção (vinculados a equipes NASF-AB, vinculados diretamente às eSF, ou não vinculados a nenhuma equipe).

CAPÍTULO 4

PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

4.1 Aspectos históricos

Durante muitos séculos, em todo o mundo, o atendimento à saúde da população foi direcionado ao tratamento de pessoas já acometidas por doenças e enfermidades. No entanto, no início do século XX iniciou-se uma discussão diferente no campo da saúde pública, no sentido de oferecer outras formas de intervenção profissional. A partir daí surgem as primeiras ideias de promoção da saúde.

Na década de 1940 a promoção da saúde foi mencionada pelos médicos norte-americanos Leavell e Clark como um dos elementos da medicina preventiva. Esses profissionais elaboraram um esquema clássico de atenção à saúde da população, que foi denominado História Natural da Doença.

Já na década de 1970 surgiram outros modelos de atenção à saúde, os quais não eram centrados exclusivamente na doença, mas consideravam também as condições sociais e econômicas da população na determinação do processo saúde-doença. Com isso, o conceito de promoção da saúde também passa a ser rediscutido, nessa nova perspectiva.

Um marco histórico foi a elaboração e divulgação do texto intitulado *“The new perspective for the health of Canadians”*, que ficou conhecido como Relatório Lalonde⁹.

⁹ O termo Relatório Lalonde (também chamado Informe Lalonde) recebeu essa denominação em função da participação efetiva de Marc Lalonde (político e advogado) que foi grande colaborador do primeiro-ministro canadense Pierre Trudeau.

Esse é considerado o primeiro documento oficial (emitido por uma instituição governamental) a usar o termo *Promoção da Saúde* numa proposta de saúde pública e foi lançado em 1974, para atender as demandas de saúde da população canadense, além de diminuir os crescentes custos com os serviços de saúde.

O Informe Lalonde introduziu na discussão da saúde pública os chamados determinantes sociais da saúde, que são as condições em que as pessoas vivem e trabalham. Houve, para isso, a distinção do campo da saúde em quatro componentes: biologia humana; ambiente; estilo de vida; organização dos serviços de saúde (Figura 7).

Figura 7: Componentes da saúde, a partir da perspectiva do Relatório Lalonde



Fonte: elaboração própria dos autores.

A proposta foi de rompimento com a ideia de que a saúde de uma população é resultante exclusivamente da disponibilidade de médicos e hospitais. Ou seja, cada um dos quatro componentes tem possibilidade de influenciar as condições de saúde das pessoas.

Entendeu-se também que o estilo de vida interfere na saúde de cada indivíduo, seja de forma positiva ou negativa. No caso das situações

em que os hábitos pessoais interferem de modo desfavorável na saúde, a expressão utilizada é “criação de riscos auto-impostos”.

No entanto, é preciso um cuidado bastante grande para não criar uma situação denominada “culpabilização da vítima”. Nesse caso, não se pode deixar de analisar a exata governabilidade que cada pessoa ou grupo populacional tem sobre seu estilo de vida. Ou seja, os contextos político, econômico e social também atuam sobre as escolhas que cada indivíduo faz, em relação ao estilo de vida que adota.

Outra importante proposta da promoção da saúde é o conceito de “*empowerment*”, que foi traduzido no Brasil como “empoderamento”, mas que também tem uma sugestão na língua espanhola como “*emancipación*”. Com esse empoderamento, o que se espera é proporcionar aos indivíduos a autonomia para fazer escolhas informadas.

De qualquer forma, o que não se pode negar é que o Informe Lalonde influenciou a maneira como outros países passaram a organizar seus sistemas de saúde. Além disso, esse Informe serviu de base para a organização da Primeira Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, na antiga União Soviética, no ano de 1978. Nessa Conferência surgiram duas importantes propostas, as quais foram denominadas “Saúde para todos no ano 2000” e “Estratégia de Atenção Primária à Saúde”.

A partir da Conferência de Alma Ata, outros eventos foram realizados, reunindo representantes dos governos de vários países, interessados em debater e implantar ações de promoção da saúde, por meio de políticas públicas de saúde. Alguns desses encontros se tornaram marcos históricos na discussão da promoção da saúde e são mencionados na Figura 8.

Figura 8: Cronologia das Conferências envolvendo Promoção da Saúde, a partir de Alma Ata em 1978



Fonte: elaboração própria dos autores.

Historicamente, as Conferências sempre geraram algum tipo de documento que sintetizava as ideias debatidas e explicitava os encaminhamentos dessas reuniões. A seguir, são apresentadas sínteses de cada uma delas.

- **Carta de Ottawa (1986):** foi elaborado um conceito de promoção da saúde, que incluiu a preparação da comunidade para atuar em favor da melhoria da própria qualidade de vida e saúde. Além disso, enfatizou que o enfoque não deve se restringir ao estilo de vida, mas sim ao bem estar global da população, sendo uma responsabilidade multisetorial. Outro ponto importante foi o des-

taque para os recursos necessários para alcançar bons níveis de saúde, o que inclui elementos como a paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Ainda na Carta de Ottawa foram traçados cinco eixos de ação para a promoção da saúde: a) construção de políticas públicas saudáveis; b) criação de ambientes favoráveis à saúde; c) reforço da ação comunitária; d) desenvolvimento de habilidades pessoais; e) orientação dos serviços de saúde.

- **Declaração de Adelaide (1988):** as políticas públicas foram destacadas como premissa básica para a obtenção de condições de vida saudáveis. Nesse sentido, foram discutidas as diretrizes que tais políticas deveriam ter, para alcançar a esperada melhoria na qualidade de vida da população. Tais diretrizes reforçaram a ideia da equidade das políticas públicas e a importância da intersectorialidade para ações de promoção da saúde. Também mencionou a responsabilidade do setor público na promoção da saúde da população, destacando a importância de estabelecer um equilíbrio entre o desenvolvimento social e econômico para obter sucesso nesse aspecto.

- **Declaração de Sundsvall (1991):** ficou destacado o relacionamento entre o ambiente e a saúde da população, de modo que os debates em torno das questões ambientais também estivessem presentes nas discussões do campo da saúde e vice-versa. Foram descritos quatro aspectos relativos às questões ambientais, que se correlacionariam com a saúde das pessoas: a) dimensão social (relacionada com os costumes da população); b) dimensão política (relacionada com a democratização das ações); c) dimensão econômica (relacionada com o adequado dimensionamento dos custos com saúde); d) necessidade de reconhecer e utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores,

inclusive os setores político e econômico, para que se obtenha o desenvolvimento de uma infraestrutura mais positiva para ambientes favoráveis à saúde.

- **Declaração de Jacarta (1997):** teve o propósito de discutir os encaminhamentos para o novo século que se aproximava e, para isso, incluiu novos componentes da sociedade para debater as políticas de promoção da saúde. Houve uma reafirmação da necessidade de “empoderar” as pessoas por meio do acesso à educação de qualidade e informações relevantes para a obtenção de boas condições de saúde. Também ficou destacada a necessidade de participação de diversos componentes da sociedade (pessoas, instituições públicas, instituições privadas, ONG, etc.) para tornar possível um cuidado adequado com a saúde de si, do outro e do entorno.

- **Declaração do México (2000):** há um novo destaque ao fato de que a promoção da saúde é uma responsabilidade primária do poder público, mas que os demais setores da sociedade também são coparticipantes desse processo. Foi na reunião do México que muitos governos se comprometeram em incluir a promoção da saúde como um componente das políticas públicas de saúde em seus respectivos países, com o propósito de promover a equidade entre a população.

- **Declaração de Bangkok (2005):** a saúde é destacada como direito fundamental do ser humano, a qual deve ser obtida por meio de processos que permitam às pessoas melhorarem o controle sobre a própria saúde e seus determinantes, sendo, para isso, necessária uma mobilização individual e coletiva. Outro aspecto mencionado é que o fenômeno denominado globalização deve ser aproveitado para evitar problemas de saúde transnacionais, especialmente pela melhoria da tecnologia das comunicações e informações.

4.2 Implantação e implementação de políticas de promoção da saúde

A promoção da saúde passou a ocupar forte espaço nas políticas públicas de vários países, chegando a ser considerada a base de organização dos sistemas de saúde de algumas localidades. Com isso, a atenção dos governantes passou a aceitar, de forma compartilhada, o modelo biomédico de analisar o processo saúde-doença (centrado na doença) e também as propostas de promoção da saúde (centrado na saúde e nas pessoas).

Mas ainda há grandes desafios, especialmente em países da América Latina, onde a desigualdade social é bastante acentuada. Assim, a busca pela equidade na oferta de ações e serviços de saúde é fator inicial para se pensar em promoção da saúde realmente alcançável pela população. Para isso, múltiplos atores sociais devem ser mobilizados (sociedade civil, setores públicos e privados), para o fortalecimento econômico, social, cultural, político e educacional das pessoas.

Uma estratégia que pode ser relevante para alcançar esse propósito é a inclusão dos profissionais das áreas da saúde, como naturalmente ocorre, mas também da educação, no fortalecimento das políticas de promoção da saúde.

Com isso, a criação de ambientes saudáveis, compreendidos como cidades, localidades, bairros, escolas e famílias, também seria objeto de discussão no contexto das políticas públicas de saúde e das políticas públicas da educação.

Novamente é preciso lembrar que não fica descartada a participação do poder público, por meio de políticas indutoras, para se alcançar as boas condições de saúde da população. Se houver um desvio dessa responsabilidade governamental, novamente volta-se à condição de culpabilizar as pessoas pela não adoção de um estilo de vida saudável, o que é considerado um entendimento equivocado pelo ponto de vista da promoção da saúde.

É inegável também que muitas pessoas ainda têm dúvidas sobre o adequado conceito de promoção da saúde e a confundem, com certa frequência, como sinônimo de prevenção de doenças. Para superar essa condição desfavorável, os profissionais de saúde e de educação precisam se enxergar como atores do processo de busca por políticas públicas de promoção da saúde e não se vejam apenas como espectadores dos fatos.

Assim, justifica-se a discussão de temas relacionados à promoção da saúde nos ambientes de formação de profissionais de educação. Nesse caso, a compreensão dos conceitos de saúde, de promoção da saúde, de prevenção de doenças e outros dessa mesma linha, serão importantes para que os trabalhadores possam participar futuramente da formação dos cidadãos, incluindo uma percepção crítica desses conceitos nos diferentes níveis de ensino. Isso seria o empoderamento da população, já mencionado nos textos das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde.

A Promoção da Saúde no Brasil

No Brasil, o debate em torno da promoção da saúde começou a ganhar espaço na década de 1970, quando o país passou por uma discussão sobre o modelo teórico-conceitual que trata da Saúde Coletiva. Esse conjunto de ideias ficou conhecido como “Movimento Sanitário”, a partir do qual se buscava a reforma sanitária brasileira.

O movimento sanitário brasileiro foi influenciado pelas concepções teóricas de modelos internacionais de atenção à saúde, com destaque para aqueles existentes na Inglaterra, em Cuba e no Canadá. Por outro lado, o modelo dos Estados Unidos era considerado inadequado por valorizar demasiadamente o componente voltado à atenção especializada de alta complexidade.

É compreensiva a aproximação (ou afastamento) dos sistemas de saúde dos países mencionados anteriormente, visto que no centro da concepção formulada em torno da saúde coletiva, no movimento sanitário brasileiro, um dos elementos que receberam destaque foi a ideia de que a saúde é resultante de múltiplos determinantes sociais e não apenas de componentes biológicos. Com isso, o cenário da promoção da saúde inicia sua busca por espaço nas políticas públicas de saúde.

Entre as décadas de 1970 e 1980 o movimento sanitário brasileiro se fortaleceu e ganhou espaço nas discussões políticas, sendo objeto de debate nas Conferências Nacionais de Saúde, como destacado em capítulo anterior.

Com a redação do texto da Constituição Federal, no ano de 1988, contemplando a saúde com uma perspectiva ampliada, não restrita às ações curativas, a proposta de promoção da saúde se tornou viável do ponto de vista da gestão dos serviços de saúde.

A consolidação dessa viabilidade, no entanto, só ocorreu no ano de 2006, quando foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (Portaria nº 687, de 30 de março de 2006), a qual expressou como objetivo promover a qualidade de vida e diminuir a vulnerabilidade e riscos à saúde da população, com ênfase nos determinantes e condicionantes envolvidos nesse processo, destacando o modo de viver, a condição de trabalho, a habitação, o ambiente, a educação, o lazer, a cultura e acesso a bens e serviços essenciais.

A Política de Promoção da Saúde, enquanto componente da política pública de saúde brasileira, está direcionada ao atendimento de diretrizes que apontam uma busca de equidade nas ações realizadas, de tal forma que os indivíduos e a coletividade sejam empoderados e, com isso, se tornem mais capazes de tomar decisões sobre o estilo de vida que adotam.

A PNPS também destaca a intersectorialidade das ações para obter êxito nos objetivos determinados em cada circunstância e a importância do desenvolvimento de pesquisas para avaliar as ações de promoção da saúde no SUS.

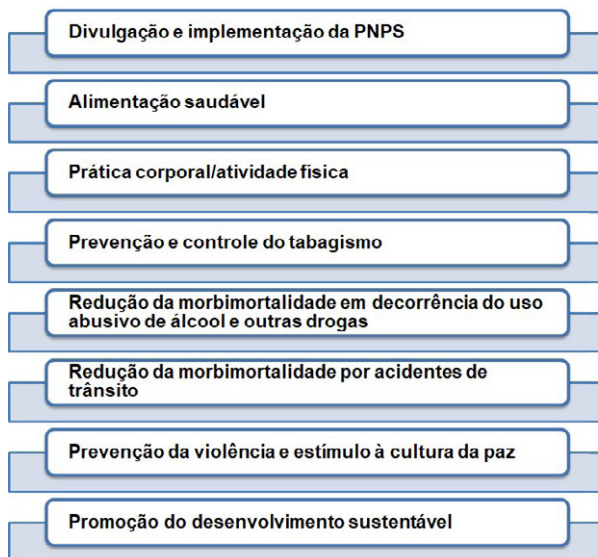
No caso específico da realização de estudos a promoção da saúde, cabe aqui uma observação. Tão importantes quanto as pesquisas de intervenção, são os estudos descritivos das condições estruturais ou epidemiológicas. No entanto, é preciso coerência para não sobrepor e expor demasiadamente a população às intervenções, ou, até mesmo, realizar ações sem antes conhecer o diagnóstico situacional do local e da população com a qual será desenvolvido o estudo.

Quanto à abrangência das ações, a PNPS pode ser desenvolvida em todos os níveis de atenção à saúde, mas o maior esforço deve ser concentrado na atenção básica, com ações que sejam sensíveis às particularidades de cada localidade do país, implementando políticas com vistas à promoção da saúde. Com isso, se espera que haja qualificação e diversificação das ofertas de cuidado.

Ainda, numa acepção mais ampla, é possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, por meio de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis. Sendo assim, as abordagens de promoção da saúde na atenção básica, seguindo diretrizes da PNPS, podem intervir em temas como alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; viabilidade de mobilidade segura e sustentável; desenvolvimento da cultura de paz e de direitos humanos; promoção do desenvolvimento sustentável; dentre outros que sejam singulares ao território das equipes de saúde.

Logo que a PNPS foi lançada, no ano de 2006, foram estabelecidas ações que nortearam a implementação dessa política, as quais são apresentadas a seguir na Figura 9.

Figura 9: Ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde, visando sua implementação a partir do ano de 2006



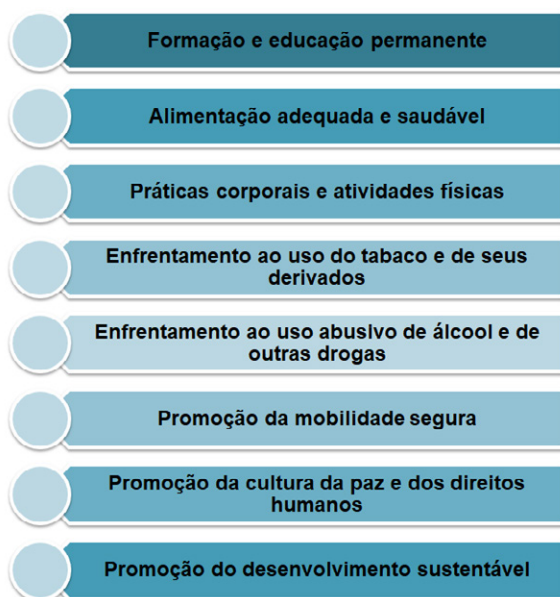
Fonte: elaboração própria dos autores.

Com o estabelecimento dessas ações específicas, a PNPS permitiu a consolidação da atuação de profissionais que antes eram preteridos no contexto do SUS, em função da exacerbada valorização do modelo biomédico de atenção à saúde da população, que prevaleceu durante longo período histórico, conforme abordado em capítulo anterior.

Profissionais das áreas de nutrição, educação física, terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, serviço social, entre outros, passaram a figurar como protagonistas das ações de promoção da saúde no SUS, propondo intervenções específicas de suas respectivas áreas de atuação ou ainda de forma multiprofissional.

No ano de 2015 a PNPS passou por uma atualização. Mesmo assim, os temas prioritários para a promoção da saúde seguiram a mesma dinâmica do material elaborado no ano de 2006, alinhando-se com as normas e regulamentos vigentes na esfera nacional e internacional. Tais temas, da PNPS de 2015, são apresentados na Figura 10.

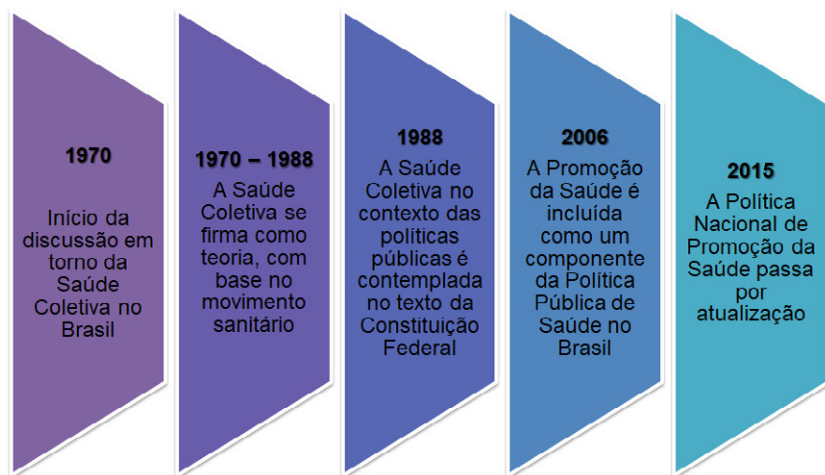
Figura 10: Temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde, apontados na atualização de 2015



Fonte: elaboração própria dos autores.

De forma simplificada, os fatos mais relevantes relacionados ao breve período histórico em que a Promoção da Saúde está presente nas políticas públicas do Brasil, são destacados na Figura 11.

Figura 11: Etapas da construção e da aplicação da concepção de Saúde Coletiva e Promoção da Saúde no Brasil



Fonte: elaboração própria dos autores.

CAPÍTULO 5

VIGILÂNCIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

No âmbito da saúde pública brasileira, conceitualmente, a Vigilância em Saúde (VS) é entendida como um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de políticas públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

As bases da atual Vigilância em Saúde no SUS são fruto de uma ampla discussão envolvendo gestores das três esferas de governo, profissionais da rede de serviços de saúde e epidemiologistas de instituições acadêmicas. Com isso, foram estabelecidas as principais diretrizes para a construção do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica no SUS.

Este sistema foi proposto para ser descentralizado e abrangente, ou seja, sem se limitar às doenças transmissíveis, mesmo sem desvalorizar este componente da tradicional saúde pública. A proposta é que também haja integração das atividades às redes de atenção à saúde, particularmente na atenção primária, visando conferir maior alcance e melhor qualidade ao sistema.

5.1 Vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil: vigilância da promoção da saúde

Por séculos as doenças transmissíveis mantiveram baixa a expectativa de vida da população mundial. Durante todo esse período, as intervenções consideradas mais adequadas foram o isolamento dos doentes e a quarentena.

Mas, com o avanço tecnológico e científico, houve um controle das doenças transmissíveis e um novo grupo de morbidades, denominadas DCNT, passaram a ocupar o papel de principal componente relacionado à morbidade e mortalidade da população.

Desde o final do século XX as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes no Brasil. A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório, ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas. As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, tais como: tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada.

Em função desse panorama epidemiológico, o Brasil vem organizando a Vigilância de DCNT e realizando ações no sentido de estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico para esse grupo de enfermidades, com o propósito de apoiar as políticas públicas de promoção da saúde. Para isso, o monitoramento é feito por meio de grandes e abrangentes levantamentos de dados.

Em 2003, foi realizado o primeiro inquérito domiciliar sobre agravos não transmissíveis, que constituiu a linha de base do Brasil no monitoramento dos principais fatores de risco para as DCNT.

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou um programa de vigilância denominado VIGITEL, que investiga a frequência de fatores de

risco e proteção para doenças crônicas e morbidade referida em adultos (≥18 anos) residentes em domicílios com linha fixa de telefone, nas capitais do Brasil. Desde então, todos os anos são coletados novos dados, os quais são posteriormente publicados no ano subsequente, em forma de relatório.

Em 2008, realizou-se a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), como parte da iniciativa do *Global Adult Tobacco Survey* (GATS) e a Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab), com informações sobre morbidade e alguns fatores de risco relacionados especificamente ao tabaco.

Em 2009, foi realizada a primeira Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), inquérito com alunos do 9º ano das escolas públicas e privadas das capitais do Brasil e do Distrito Federal, numa ampla parceria entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e os Ministério da Saúde e da Educação. A periodicidade deste levantamento epidemiológico é eventual e algumas edições foram realizadas posteriormente à sua implantação, nos anos de 2012 e 2015.

Esse constante monitoramento da morbimortalidade das DCNT é um componente essencial para a vigilância, definindo indicadores e estratégias de prevenção, promoção e assistência. Com base nos dados obtidos, são propostas ações e políticas capazes de interferir positivamente nos fatores determinantes e condicionantes das DCNT.

A seguir são listadas algumas dessas ações e políticas, que derivaram dos monitoramentos anteriormente mencionados.

- Política Nacional de Promoção da Saúde: aprovada em 2006 e revisada em 2015. Prioriza ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção ao uso do tabaco e álcool, transferindo recursos a estados e municípios para a implantação dessas ações (BRASIL, 2010).

- **Atividade Física:** o Ministério da Saúde lançou em 2011 o programa Academia da Saúde, com o objetivo de promover a prática de atividade física entre a população. No ano de 2021 houve o lançamento do Guia da Atividade Física para a População Brasileira.
- **Tabaco:** o sucesso da política antitabaco é um ponto de grande relevância no combate às DCNT. Destacam-se as ações como a proibição da propaganda de cigarros em determinados veículos de comunicação, as advertências nos maços do produto sobre o risco de problemas oriundos do consumo do tabaco, a adesão à Convenção-Quadro do Controle do Tabaco em 2006, entre outras.
- **Alimentação:** o Guia Alimentar para a População Brasileira, o incentivo ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, a parceria nos programas de complementação de renda, a regulamentação da rotulagem dos alimentos, os acordos realizados com a indústria para a redução do teor das gorduras trans e acordos voluntários de metas de redução de sal em 10% ao ano em alimentos industrializados, representam importantes iniciativas do Ministério da Saúde para combate e controle das DCNT.
- **Expansão da Atenção Básica:** as equipes atuam em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários, o que é fundamental na melhoria da resposta ao tratamento das pessoas com DCNT.
- **Expansão da atenção farmacêutica,** com distribuição gratuita de 11 medicamentos para hipertensão e diabetes.
- **Ampliação da cobertura de exame preventivo de câncer de mama e para câncer do colo do útero.**

- Criação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.

5.2 Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil

Este Plano foi elaborado para fortalecer a promoção da saúde, abordando as quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes) e os fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade) (BRASIL, 2011b).

O plano tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências, para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco. Para isso, fundamenta-se no delineamento de diretrizes e ações em três blocos de intervenções:

- Vigilância, informação, avaliação e monitoramento: os três componentes essenciais da vigilância de DCNT são: a) monitoramento dos fatores de risco; b) monitoramento da morbidade e mortalidade específica das doenças; c) respostas dos sistemas de saúde, que também incluem gestão, políticas, planos, infraestrutura, recursos humanos e acesso a serviços de saúde essenciais, inclusive a medicamentos.
- Promoção da saúde: compreendendo a importância das parcerias para superar os fatores determinantes do processo saúde-doença, foram definidas diferentes ações envolvendo diversos ministérios, secretarias, órgãos de trânsito e outros, além de organizações não governamentais, empresas e sociedade civil, com o objetivo

de viabilizar as intervenções que impactem positivamente na redução dessas doenças e seus fatores de risco, em especial para as populações em situação de vulnerabilidade.

- Cuidado integral: se refere às ações visando ao fortalecimento da capacidade de resposta do SUS e à ampliação de um conjunto de intervenções diversificadas, capazes de uma abordagem integral da saúde, com vistas à prevenção e ao controle das DCNT.

No ano de 2021 houve ampla discussão sobre o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022.

Tais discussões resultaram na publicação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030. Esta nova publicação apresenta maior consonância com a agenda 2020-2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990a. PL 3110/1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 25694, 31 dez. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 43, 23 fev. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 29 jun. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: suplemento, Brasília, DF, p. 598, 3 out. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de nº 3992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 91, 28 dez. 2017b.

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 União**: seção 1, Brasília, DF, p. 67-76, 21 set. 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 14 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 97, 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de nº 828, de 17 de abril de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/2017/GM/MS, para dispor sobre os Grupos de Identificação Transferências federais de recursos da saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 203, 24 abr. 2020.

SOBRE OS AUTORES

Joel Saraiva Ferreira

Graduado em Educação Física (UFMS), Mestre em Ciências da Saúde (UnB) e Doutor em Saúde e Sociedade (UFMS).

Atua profissionalmente como docente/pesquisador na UFMS, onde desenvolve atividades de ensino (Graduação e Pós-Graduação), além de projetos de pesquisa e projetos de extensão, nas áreas de pedagogia do esporte e de atividade física relacionada à saúde.

Júlio César de Souza

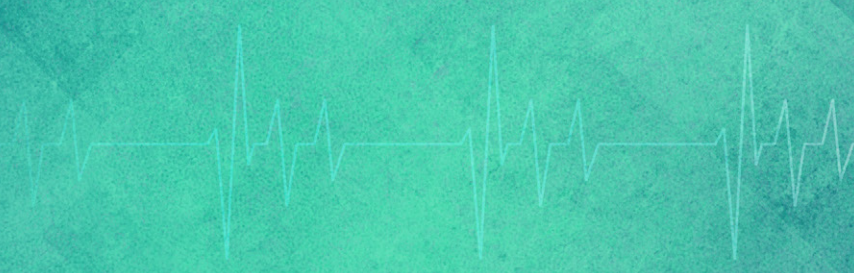
Graduado em Educação Física (UFMS), Mestre em Saúde da Família (UFMS).

É Profissional de Educação Física na Secretaria de Saúde e Professor de Educação Física na Secretaria de Educação, ambos da Prefeitura Municipal de Campo Grande/MS. Atua na área de Educação Física em Saúde relacionada à formação de profissionais através da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UEMS) e desenvolvendo ações de promoção, prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Geize Rocha Macedo de Souza

Graduada em Enfermagem (UNIDERP), Mestre em Saúde da Família (UFMS) e Doutoranda em Epidemiologia, Equidade e Saúde Pública (FIOCRUZ/RJ). Atua profissionalmente na Gerência do Serviço de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande/MS (SESAU).

Este livro foi editorado com as fontes Crimson Text e Montserrat.
Publicado on-line em: <https://repositorio.ufms.br>



ISBN 978-65-89995-28-9



9 786589 995289

 **editora**
UFMS