

SAÚDE COLETIVA

PARA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Organizadores

José Ferreira Lima Júnior | Joyce Andreza Moreira Pessôa | Maria Amélia Lopes Martins

Organizadores

José Ferreira Lima Júnior
Joyce Andreza Moreira Pessoa
Maria Amélia Lopes Martins

SAÚDE COLETIVA

PARA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE



Campina Grande - PB
2024

S255 Saúde coletiva para educação profissional em saúde [livro eletrônico] / Maria Amélia Lopes Martins, Joyce Andreza Moreira Pessôa, José Ferreira Lima Júnior. – Campina Grande: EDUFCG, 2024.
122 p. : il. color.

E-book (PDF)
ISBN 978-65-86302-99-8

1. Saúde Coletiva. 2. Sistema Único de Saúde - SUS. 3. Saúde da Família. 4. Promoção da Saúde. 5. Reforma Sanitária Brasileira. I. Martins, Maria Amélia Lopes. II. Pessôa, Joyce Andreza Moreira. III. Lima Júnior, José Ferreira. IV. Título.

CDU 614.39

FICHA CATALOGráfICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA ITAPUANA SOARES DIAS GONÇALVES CRB-16/093

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE–EDUFCG
atendimento@editora.ufcg.edu.br

Prof. Dr. Antônio Fernandes Filho
Reitor

Prof. Dr. Mario Eduardo Rangel Moreira Cavalcanti Mata
Vice-Reitor

Prof. Dr. Bruno Medeiros Roldão de Araújo
Diretor EDUFCG

Simone Cunha
Revisão

João Vitor Pereira da Silva /Yasmine Lima
Diagramação

João Vitor Pereira da Silva
Capa

CONSELHO EDITORIAL

Erivaldo Moreira Barbosa (CCJS)
Janiro Costa Rego (CTRN)
José Wanderley Alves de Sousa (CFP)
Marcelo Bezerra Grilo (CCT)
Mário de Sousa Araújo Filho (CEEI)
Marisa de Oliveira Apolinário (CES)
Naelza de Araújo Wanderley (CSTR)
Railene Hérica Carlos Rocha (CCTA)
Rogério Humberto Zeferino Nascimento (CH)
Saulo Rios Mariz (CCBS)
Valéria Andrade (CDSA)

APRESENTAÇÃO

O livro *Saúde Coletiva para a Educação Profissional em Saúde* consiste no primeiro volume de uma série pensada para trabalhar temas relevantes em saúde, de modo prático, em sala de aula. Esta publicação surge de uma necessidade vivenciada por professores do curso Técnico em Saúde Bucal da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras, da Universidade Federal de Campina Grande (ETSC/UFCG), os quais têm percebido a ausência de textos e livros voltados especificamente para a educação profissional, com uma linguagem acessível e a possibilidade de questões para debates após as aulas.

Desse contexto, resgatou-se a semente plantada lá no início do curso Técnico em Saúde Bucal, cuja dormência foi quebrada agora, permitindo a sua germinação, materializada na presente obra. Este livro surge de uma necessidade vivenciada por professores da educação profissional, porém ele foi construído pelo empenho coletivo e colaborativo de alunos da graduação em Enfermagem, egressos da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras, membros do Laboratório de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (LATICS), membros do Grupo de Pesquisas em Saúde Coletiva (GPESC), além de bolsistas de projetos de pesquisa (Iniciação Científica e Iniciação Tecnológica) e de extensão (Programa de Extensão e Projeto de Arte e Cultura – FUNARTE).

SUMÁRIO

É necessário frisar que os capítulos foram construídos alinhados ao Projeto Político Pedagógico do curso Técnico em Saúde Bucal da ETSC/UFCG. Como eixo comum em toda a obra, pensou-se em capítulos objetivos e com questões para debates/reflexões ao final de cada um deles. Além disso, as temáticas aqui apresentadas abordam conteúdos que podem ser trabalhados em diversos cursos técnicos que possuam disciplinas ligadas à área de Saúde Coletiva, quais sejam: educação em saúde, promoção da saúde, epidemiologia, políticas de saúde, entre outros.

Alicerçados em temas universais da Saúde Coletiva, os capítulos abordam conteúdos diversos e multidimensionais, quais sejam: história das políticas de saúde no Brasil; Reforma Sanitária Brasileira – resgate histórico e conceitual; teorias do processo saúde-doença; noções básicas sobre o Sistema Único de Saúde; Leis Orgânicas da Saúde; Política Nacional de Atenção Básica; Política Nacional de Atenção Básica – noções básicas; Educação em Saúde – história, definições e aplicações na Saúde Coletiva; Estratégia Saúde da Família – histórico, objetivos, processo de trabalho e noções gerais; e Epidemiologia – histórico, conceitos, aplicações na saúde coletiva e principais indicadores.

Desse modo, almeja-se que a obra *Saúde Coletiva para a Educação Profissional em Saúde* preencha a lacuna vivenciada por docentes da Educação Profissional, bem como contribua para a formação qualificada dos futuros profissionais técnicos no campo da saúde.

A todos, um convite à leitura.

Os organizadores

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	9
REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: RESGATE HISTÓRICO E CONCEITUAL	21
TEORIAS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	33
NOÇÕES BÁSICAS SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	43
LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE	55
POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA	63
POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: NOÇÕES BÁSICAS	73
EDUCAÇÃO EM SAÚDE: HISTÓRIA, DEFINIÇÕES E APLICAÇÕES NA SAÚDE COLETIVA	83
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: HISTÓRICO, OBJETIVOS, PROCESSO DE TRABALHO E NOÇÕES GERAIS	95
EPIDEMIOLOGIA: HISTÓRICO, CONCEITOS, APLICAÇÕES NA SAÚDE COLETIVA E PRINCIPAIS INDICADORES	109

HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Maria Fernanda Quaresma

Joyce Andreza Moreira Pessôa

José Ferreira Lima Júnior

A saúde pública brasileira passou por diversas fases aos moldes de cada momento histórico, adquirindo características políticas e socioeconômicas que podem ainda ser observadas nos dias atuais. Entretanto, é importante destacar que essa questão nunca foi uma prioridade dentro do sistema capitalista, sendo sempre tratada de maneira contingencial, de acordo com o grau de ameaça à economia (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Dessa forma, a trajetória da saúde no Brasil está profundamente conectada ao cenário social protagonizado pelo modelo econômico vigente, o que acarretou uma ampla construção e consolidação de desigualdades nas esferas sociopolíticas e da saúde, que refletem sequelas sociais até hoje.

Paralelamente, Rouquayrol e Gurgel (2018) definem o termo política de saúde como uma ação ou omissão do Estado diante dos problemas e determinantes de saúde, bem como da produção, regulação e distribuição de bens que a afetam, seja de maneira individual ou coletiva. Entretanto, essa constatação da responsabilidade estatal sobre a saúde só começou a adentrar o imaginário da esfera política brasileira no final do século XIX e início do século XX, a fim de solucionar as questões sanitárias e promover o controle

efetivo de doenças pestilentas, como febre amarela, varíola, peste e outras que devastavam a população e afetavam o comércio e a economia agroexportadora (Aguiar, 2015).

SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL COLONIAL E IMPERIAL

Para entender a história da saúde no Brasil, é necessário resgatar o cenário em que a sociedade estava inserida em cada época. No Brasil Colonial, os europeus trouxeram, junto com o entusiasmo da descoberta de um pseudoparaíso, a sua própria condenação, através de doenças infecciosas como tuberculose, malária, sarampo e sífilis, as quais, somadas às guerras e ao projeto de catequização das tribos indígenas, protagonizaram uma verdadeira ameaça de extermínio da população do Novo Continente (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Não obstante, além de enfrentarem a escassez de médicos dispostos a enfrentar as adversidades da travessia e os perigos das terras estrangeiras, as práticas medicinais da época consistiam basicamente em sangrias e purgativos, fazendo com que a população optasse por recorrer ao curandeirismo. Ademais, também eram utilizadas ervas medicinais como medidas curativistas; no entanto, não eram eficazes no combate às doenças infecciosas (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Ademais, é impossível dissociar a saúde na colônia dos ciclos do açúcar e do ouro, que movimentavam o mercado externo mediante a mão de obra escrava. De acordo com Jesus (2020), os escravos eram trazidos em embarcações sem nenhuma preocupação sanitária, fazendo com que a falta de alimentação adequada, água potável e higiene levasse à morte de mais de um milhão de pessoas em decorrência da cólera. Além disso, segundo Rouquayrol

e Gurgel (2018), estima-se que o vírus da varíola também tenha chegado ao Brasil através do tráfico negro.

Por conseguinte, durante o período colonial, não existiu de fato a concepção de um ideal de saúde de maneira preventiva, sendo esse período marcado apenas pelo combate às doenças e aos doentes, a exemplo das pessoas acometidas pela hanseníase, até então denominada lepra, as quais eram excluídas do convívio social e, muitas vezes, privadas de qualquer assistência médica, sem de fato haver qualquer preocupação em relação à saúde da sociedade de maneira geral. Além disso, as únicas instituições que abrigavam as pessoas livres, pobres e escravos infectados eram as Casas de Misericórdia, cuja atuação precedeu as intervenções do Estado na saúde (Galvão, 2009).

No Brasil Imperial, com a chegada de Dom João VI e da Corte portuguesa em 1808, houve mudanças significativas para a medicina no país, como a criação das primeiras faculdades de Medicina na Bahia e no Rio de Janeiro. No entanto, pouco foi feito em relação às crescentes epidemias (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Ademais, Rouquayrol e Gurgel (2018) citam que o governo entendia a necessidade de intervenções, mas suas ações eram limitadas a melhorar a imagem do país internacionalmente a fim de recrutar imigrantes europeus para trabalhar nas lavouras de café, após a abolição da escravidão, fazendo com que as ações higienistas fossem voltadas principalmente às regiões portuárias. Enquanto isso, nada concreto era realizado para combater a disseminação de doenças como febre amarela, cólera, peste, tuberculose, outras que assolavam a população.

Além disso, as questões sociopolíticas ditavam a forma de tratamento das questões de saúde. Apenas a elite tinha acesso ao atendimento dos poucos médicos do país, enquanto pobres e es-

cravizados eram isolados do corpo social. Diante disso, embora a tuberculose tenha sido muito mais letal do que a varíola e a febre amarela juntas, não havia empenho do Império no controle da doença, visto que afetava majoritariamente os negros, por ser um grupo vulnerável aos agravos de saúde pública. Em contrapartida, a febre amarela mostrou-se economicamente mais letal por acometer predominantemente os europeus imigrantes, comprometendo as lavouras e a exportação do café, portanto, recebendo maior diligência de controle pelo governo (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

SAÚDE PÚBLICA NO SÉCULO XX

O final do século XIX e o início do século XX são marcados pelo nascimento da República, que surge com novos ideais de modernização em contraposição ao padrão imperial. Durante a República Velha (1889-1930), permanece o monopólio das oligarquias agrárias de São Paulo (indústria cafeeira) e Minas Gerais (indústria pecuária), cujo poder político se alternava como governantes do país, o que ficou conhecido como política do “café-com-leite” (Aguiar, 2015).

Na área da saúde, são criadas as primeiras instituições de pesquisa: no Rio de Janeiro, o Instituto Soroterápico de Manguinhos—atual Fundação Oswaldo Cruz; e em São Paulo, os Institutos Butantã, Biológico e Bacteriológico, que eram encarregados da produção de soros e vacinas, e realização de pesquisas (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

As políticas higienistas agora ganham força e começam a ser realizadas campanhas de saúde e saneamento. As primeiras mudanças significativas ocorreram durante o governo do então presidente Rodrigues Alves, sob o comando do recém-nomeado Dire-

tor Geral de Saúde Pública, o médico Oswaldo Cruz, que instituiu campanhas de limpeza nos centros urbanos e nas regiões de maior fluxo de cargas no Rio de Janeiro e em São Paulo (Aguiar, 2015).

As campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz foram denominadas sanitarismo campanhista e possuíam caráter repressivo, o que desencadeou o descontentamento da população. Iniciou-se um verdadeiro mutirão, que reuniu cerca de 1500 pessoas para o combate ao agente vetor da doença da febre amarela, causada pelo vírus do gênero *Flavivirus*, da família *flaviviridae*, entretanto tais agentes não foram bem recebidos pela sociedade, que ainda acreditava que as doenças eram transmitidas pelos maus ares (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Além disso, em 1904, tornou-se obrigatória a vacinação contra a varíola, permitindo que brigadas sanitárias escoltadas pela polícia invadissem as residências e vacinassem as pessoas à força, sendo esse o estopim para a Revolta da Vacina, um motim protagonizado pelo povo e pela oposição ao governo, que conseguiu a revogação do decreto governamental (Aguiar, 2015).

FIGURA 1—A REVOLTA DA VACINA. CHARGE DE LEONIDAS FREIRE.



Fonte: Toda Matéria, 2019.

Posteriormente, o médico Carlos Chagas assumiu o cargo de Diretor Geral de Saúde Pública, em 1920, e passou a investir também em campanhas de educação em saúde por meio da divulgação de propagandas em rádios e jornais (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Ademais, foi criada a Lei Eloy Chaves, considerada o marco inicial da previdência social, possibilitando a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS) que garantiam acesso à assistência médica aos beneficiários e suas famílias. Contudo, a lei promulgada em janeiro de 1923 possuía caráter contingencial, em resposta às reivindicações da classe operária ferroviária diante das péssimas condições de vida e trabalho, o que levou o governo a intervir, a fim de evitar uma greve em um setor essencial para a indústria. Todavia, embora as CAPS não tenham sido criadas a fim de estabelecer um modelo previdenciário universal e fossem organizadas pela empresa e não pela classe trabalhadora, o projeto favoreceu o nascimento da previdência social e estabeleceu o início do sistema curativo-privatista no Brasil (Segura, 2017).

Por conseguinte, o final da década de 1920 e o início da década de 1930 são marcados pela crise econômica mundial e a quebra da bolsa de valores de Nova Iorque, que tiveram impacto na incipiente economia cafeeira da jovem República. No cenário nacional, destaca-se o fim da hegemonia das oligarquias de São Paulo e Minas Gerais, junto à política do café-com-leite, entrando em cena o presidente gaúcho Getúlio Vargas.

Diante disso, em 1933, houve o rompimento político com a criação dos Ministérios da Educação e Saúde e a extensão da previdência aos outros setores industriais, com a transformação das CAPS em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), geridos pelo Estado e sob responsabilidade do Ministério do Trabalho. Os IAPS

eram organizados pela classe operária e não pela empresa. Essas medidas foram essenciais para que as classes operárias urbanas e seus familiares tivessem acesso à saúde (Aguiar, 2015).

No governo Vargas, também foram instituídas outras melhorias nas condições de trabalho urbano, com a criação da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), o estabelecimento da jornada de trabalho de 8 horas, a licença-maternidade e o salário-mínimo. Essas garantias melhoravam as condições de vida e saúde desses trabalhadores, enquanto os não beneficiários sofriam em decorrência de doenças como malária, dengue e meningite, e contavam apenas com as ações do sanitarismo camponês e a medicina popular, as igrejas e os hospitais filantrópicos no âmbito assistencial (Aguiar, 2015).

Após o fim da Segunda Guerra Mundial, em 1945, o sentimento democrático aflorou na sociedade, em nível mundial, e o cenário nacional culminou na deposição do presidente Getúlio Vargas. Nos anos subsequentes até o golpe militar de 1964, a saúde permaneceu em segundo plano, diante de governos que priorizaram o desenvolvimento da indústria e da economia (Aguiar, 2015).

Durante a ditadura militar, o Ministério da Saúde sofreu cortes, e as doenças endêmicas continuaram a se disseminar. Em 1966, foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que visava à junção de todos os IAPS e passou a ser o órgão responsável pelos benefícios da previdência e pela garantia da assistência médica aos beneficiários e familiares. Além disso, o INPS tinha a intenção de capitalizar essa assistência através da contratação de serviços em instituições privadas, evidenciando a comercialização da saúde no país. Na década de 1970, o INPS tornou-se Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e

estendeu a CLT aos trabalhadores rurais, autônomos, empregados domésticos e servidores públicos. Com o aumento do número de beneficiários, aumentaram a demanda e as contratações de serviços em instituições privadas, o que possibilitou corrupção e fraudes, gerando déficit nos cofres públicos e uma crise no sistema previdenciário (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

No final da década de 1970, surgiu, na Conferência Internacional de Alma-Ata, no Cazaquistão, o conceito de Atenção Primária, possibilitando a criação de programas e projetos de saúde e fortalecendo o papel das secretarias municipais de saúde (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Finalmente, diante do crescente descontentamento com o sistema de saúde previdenciário e da falta de acesso à saúde por aqueles que não eram trabalhadores formais, as últimas décadas do século xx são marcadas pela reabertura política gradual e pela redemocratização, que abrangeu diversas esferas sociais. No campo da saúde, culminou com a Reforma Sanitária, cuja base foi o fundamento da Lei Orgânica da Saúde, que respaldou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, sob o lema “Saúde, direito de todos e dever do Estado” (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

EXERCÍCIOS PARA REFLEXÃO E DEBATE

1. Apresentamos, durante este capítulo, um compilado de datas que influenciaram a construção do SUS, considerada a principal política pública de saúde ocorrida no Brasil até os dias atuais. De acordo com a sua leitura e entendimento, conceitue o termo “política pública de saúde”.

2. Assinale a alternativa INCORRETA sobre a saúde pública do século xx:

a) A revolta da vacina foi um movimento organizado pela população contra o governo que surgiu logo após a obrigatoriedade da vacinação contra a varíola. Por fim, a população conseguiu a derubada do decreto governamental.

b) O marco inicial da previdência social deu-se com a criação da lei Eloy Chaves, que possibilitou a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS).

c) Em 1966, foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), que uniu todos os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS).

d) Na década de 1970, o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) tornou-se Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), entretanto trabalhadores rurais, autônomos, empregados domésticos e servidores públicos ficaram de fora da Previdência Social criada.

3. Na sua opinião, as reformas da Previdência Social influenciaram as transformações da saúde pública do Brasil? Explique.

4. O processo da construção das políticas públicas de saúde do Brasil foi marcado por eventos históricos. Como exercício de fixação, sugerimos a criação de uma *linha do tempo* que perpassasse os

acontecimentos no Brasil Colonial e Imperial até a criação do sus no atual período republicano.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **SUS. Sistema Único de Saúde**: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2. ed. São Paulo: Expressão e Arte, 2015.

GALVÃO, M. A. M. Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930. **Caderno de Textos do Departamento de Ciências Médicas da Escola da Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto**, p. 1-33, 2009.

JESUS, V. de. Racionalizando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental. **Saúde e Sociedade**, v. 29, p. e180519, 2020.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Rouquayrol: epidemiologia e saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018.

SEGURA, F. F. **A questão previdenciária na Primeira República**: a excepcionalidade da Lei Eloy Chaves. 2017. 111f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)–Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Faculdade de Ciências e Letras, Araraquara, 2017.

TODA MATÉRIA. **Revolta da Vacina**. Disponível em: <https://static.todamateria.com.br/upload/re/vo/revolta-da-vacina-og.jpg>. Acesso em: 14 nov. 2023.

REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA: RESGATE HISTÓRICO E CONCEITUAL

Maria Vitória Gonçalves de Vasconcelos

Maria Fernanda Quaresma

Maria Amélia Lopes Martins

José Ferreira Lima Júnior

Os indicadores de saúde e as bases de dados dos sistemas de informação em saúde destacam que, no processo histórico de 30 anos até os dias atuais, o Brasil alavancou positivamente no firmamento da saúde como um direito universal, a partir da construção e implementação do Sistema Único de Saúde (sus), conhecido mundialmente, fruto de um dos principais movimentos sociais revolucionários do país, a Reforma Sanitária (Menicucci, 2014).

Diante disso, o projeto da Reforma Sanitária, articulado ao longo dos anos 80 e 90, preconizava a reformulação do sistema de saúde brasileiro, pondo fim à medicina preventiva lucrativa e lutando contra as condições precárias de vida da população, visando assim ao reconhecimento da saúde como um direito social a ser garantido pelo Estado (Menicucci, 2014).

CONTEXTO HISTÓRICO DA REFORMA SANITÁRIA

Durante o período colonial até a primeira república, surgiram diversas doenças transmissíveis, endemias e epidemias, resultantes das exportações e das migrações constantes do comércio internacional, que agravaram o quadro sanitário brasileiro e a situação de saúde da população, onde não havia políticas de saúde para a massa vulnerável e a assistência médica limitava-se apenas à classe dominante (Aguiar, 2015).

Dessa forma, as ações de saúde resultaram tanto no controle de epidemias e surtos nos portos das embarcações, quanto nas campanhas sanitaristas como modelo de ação em saúde no combate às doenças por meio da intervenção militar (Aguiar, 2015; Virgens *et al.*, 2021).

Foi nesse cenário militar autoritário que ocorreu uma revolta popular, devido à imposição ilegal da vacinação contra a varíola, proposta pelo diretor-geral Oswaldo Cruz, evento este conhecido como a Revolta da Vacina, no ano de 1904. Após esse ocorrido, entrou no comando da direção o médico sanitaria Carlos Chagas, com inovações de programas de saúde voltados para a educação sanitária da população e para a prevenção das doenças (Aguiar, 2015).

Seguindo esse limiar histórico, destaca-se no Brasil a Previdência Social, com a implementação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS), criadas pela Lei Eloy Chaves, as quais garantiram a assistência médica aos trabalhadores segurados, diante da contribuição financeira destes, formando assim, no estado brasileiro, dois modelos de intervenção: o sanitarismo campanhista (saúde pública de caráter autoritário) e o curativo-campanhista (Virgens *et al.*, 2021).

A partir de 1930, o Brasil passou a ser governado pelo presidente Getúlio Vargas, com enfoque no investimento industrial dos centros urbanos, aumentando assim a classe trabalhadora e, conseqüentemente, os problemas de saúde e a volta das endemias e epidemias (Aguiar, 2015).

Diante disso, a previdência social transformou o CAP em Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP), no qual a assistência médica passou a ficar em segundo plano, com enfoque maior sobre a contenção de gastos e investimento em outras áreas do governo. É aqui em que ocorre a dualidade do modelo assistencial: o Ministério da Saúde e Educação (sanitarismo campanhista) e as ações curativas individualizadas dos IAPS (Aguiar, 2015; Cohn, 2018).

Vale salientar que, nesse período, a população de classe alta utilizava os serviços de saúde privado, enquanto a maioria da população não vinculada à previdência contava apenas com as instituições de caridade e práticas populares de tratamento (Aguiar, 2015; Cohn, 2018).

Em seguida, ocorreu, no cenário brasileiro, o período da ditadura militar, com medidas autoritárias e antidemocráticas sobre a população, empresas, sindicatos, além do campo da saúde, que se caracterizava pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias. Assim surgiu o Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS) com a responsabilidade de assegurar uma assistência médica aos segurados e às suas famílias, por meio da contratação prioritária dos serviços privados de saúde, moldando assim a prática médica pela lógica do lucro (Aguiar, 2015; Cohn, 2018).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde e o modelo sanitaria campanhista enfrentavam uma grande desvalorização da políti-

ca brasileira, perdendo poder e privilégios e ficando em segundo plano. Mas esse contexto mudou quando o modelo de saúde previdenciária entrou em crise, devido à sobrecarga de assistência médica privada, ao alto custo e aos desvios de recursos, alimentados pela ânsia do lucro do setor privado. Foi a partir desse evento que cresceram, cada vez mais, as taxas de morbimortalidade por doenças endêmicas e epidêmicas, agravadas pelas condições de vida e de trabalho, além da falta de serviços de saúde de qualidade que atendessem a todos como um direito social igualitário (Aguiar, 2015; Cohn, 2018).

O resultado disso é o aumento da insatisfação da sociedade e o surgimento de movimentos sociais que denunciavam a ineficiência da saúde pública e privada; e a reivindicação de serviços de saúde de qualidade e acessível a todos, principalmente a população menos favorecida (Aguiar, 2015).

Com essa ebulição de movimentos sociais, surgiu a Reforma Sanitária no Brasil, um movimento formado por lideranças populares, trabalhadores, sindicatos, sanitaristas e estudantes de saúde. Com a perspectiva de reformulação do sistema de saúde e a luta contínua contra as iniquidades dos serviços de saúde e as condições precárias de vida da população, buscava a universalização do direito à saúde através de um modelo de atenção integralizada (Menicucci, 2014).

Sendo assim, o momento expressivo que alavancou os princípios e as diretrizes da reforma sanitária foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na cidade de Brasília, com mais de 5000 pessoas. Nesse evento, foram debatidos os problemas do sistema de saúde, a busca pelo reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, a proposta de criação do Sistema Único

de Saúde (SUS), a descentralização, hierarquização, participação popular e assistência integralizada à população (Menicucci, 2014).

Finalmente, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal, foi aprovado o fruto da Reforma Sanitária, o SUS, que incorporou a maioria das propostas desse movimento, apresentadas por emenda popular e tendo enfrentado diversos embates e conflitos do sistema privado e das elites contrárias (Cohn, 2018; Menicucci, 2014).

LIDERANÇA DO MOVIMENTO SANITARISTA

O movimento sanitarista surgiu na sociedade brasileira na década de 1970, no contexto sociopolítico da ditadura militar e da crise do sistema previdenciário. Foi fruto de um conjunto de ideias, ações e reivindicações que mobilizou diversos grupos, entre os quais sindicatos, intelectuais, parlamentares, profissionais e estudantes de saúde, com destaque para Sérgio Arouca, médico sanitarista e deputado federal brasileiro.

Arouca foi o principal líder e teórico do movimento sanitarista que mudou o percurso da saúde pública brasileira. Autor da tese *O dilema preventivista*, que tinha como essência a crítica e a discussão do modelo de saúde preventivista, centralizador e lucrativo, o que se tornou base teórica do movimento. Tornou-se presidente da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 1985 e presidiu a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que ficou marcada na história por ter sido a base do trecho constitucional que fundamentou a criação do SUS (Maeyama, 2018).

Arouca dedicou grande parte da sua vida ao estudo sobre a saúde e a luta pela democratização desse campo, defendeu a uni-

versalização do conhecimento científico, por ser financiado pelo próprio corpo social, e foi membro da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), ajudando na construção de outros sistemas de saúde nas Américas (Maeyama, 2018).

FIGURA 1—LÍDERES DO MOVIMENTO SANITARISTA



Fonte: Portal FIOCRUZ (2015).

O FRUTO DA REFORMA SANITÁRIA: SUS

As reivindicações da Reforma Sanitária levaram à criação do SUS em 1988, com posterior regulamentação pelas Leis Orgânicas da Saúde, promulgadas em 1990 (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

O novo sistema de saúde nasceu sob uma perspectiva que engloba não só o acesso à assistência médica, mas todos os determinantes de saúde, sob a prerrogativa de que a saúde “é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Mendes, 2019).

Por outro lado, embora a aprovação do SUS tenha sido considerada uma vitória da sociedade, a sua implementação deu-se em um momento histórico, marcado pela crise econômica, pelo aumento da inflação e pelos cortes orçamentários na saúde, que dificultaram sua atuação e regulamentação, conforme previsto nas diretrizes durante os primeiros anos de existência, favorecendo assim o surgimento de modalidades de assistência médica focadas na capitalização da saúde, tais como as cooperativas médicas e o seguro-saúde, em contraposição ao novo SUS (Aguiar, 2015).

Contudo, ao longo dos anos, com a implementação do Plano Real em 1994 e com o governo desenvolvimentista que se iniciou nos anos 2000, o SUS conseguiu realizar inúmeros avanços através da criação de várias políticas de saúde que contemplavam as mais diversas classes e esferas sociais, a exemplo do controle e da erradicação de doenças transmissíveis por meio do Plano Nacional de Imunização (PNI) e da diminuição da taxa de mortalidade infantil (Mendes, 2019).

Portanto, embora ainda tenha havido muitos desafios desde a sua implementação, o SUS continua a ser o modelo mais completo de atenção à saúde que o Brasil já teve, sendo o símbolo de uma luta que envolveu várias camadas sociopolíticas e mobilizou centenas de pessoas durante décadas de reivindicações.

FIGURA 2—SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). CHARGE DE VILÉ



Fonte: Agência Sindical (2020).

Sugestão de multimídia para aula

SUS do Brasil. Disponível em: <https://youtu.be/Cb-cslNmG-nE?si=zEztJUdEVEU8EVSO>

EXERCÍCIOS PARA REFLEXÃO E DEBATE

1. Conceitue o que foi a Reforma Sanitária.
2. De acordo com o desenvolvimento da medicina previdenciária no cenário brasileiro, assinale a alternativa CORRETA:

a) Constitui um modelo de saúde público, igualitário e disponível para toda a população.

b) A classe alta e a população menos favorecida recebiam serviços de saúde de instituições de caridade e práticas populares.

c) O INPS prestava assistência médica aos trabalhadores segurados e à família, por meio da contratação de serviços privados de saúde.

d) Os institutos previdenciários não asseguravam serviços de saúde médicos aos trabalhadores segurados.

3. Você considera que as propostas de Sérgio Arouca ainda são pertinentes na sociedade atual? Por quê?

4. Você considera que o SUS já atingiu sua plenitude? Justifique sua resposta.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SINDICAL. **Sistema Único de Saúde (SUS)**. Charge de Vilé. 2020. Disponível em: <https://agenciasindical.com.br/sus-pode-ser-privatizado-com-publicacao-de-novo-decreto-de-bolsonaro/>. Acesso em: 14 nov. 2023.

AGUIAR, Z. N. (Org.). **SUS. Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2. ed. São Paulo: Expressão e Arte, 271, 2015. p. 18-40.

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

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, v. 32, n. 93, p. 225-241, 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Sérgio Arouca**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sergio-arouca>. Acesso em: 12 jul. 2023.

MAEYAMA, M. A. *et al.* Projeto Sérgio Arouca: relato de experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, p. 47-56, 2018.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. 1. ed. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2019. p. 869-869.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 77-92, jan. 2014.

MOEHLECKE, R. Líderes do Movimento Sanitarista. **Portal FIOCRUZ**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-lanca-quadrinhos-castelo-bem-assombrado-nas-midias-sociais>. Acesso em: 14 nov. 2023.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Rouquayrol: epidemiologia e saúde**. 8ª edição. Rio de Janeiro: MedBook, 2018. p. 1790.

VIRGENS, J. H. A.; TEIXEIRA, C. F. Estudos sobre o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: olhares diversos sobre um mesmo fenômeno. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p. 211-226, jan. 2022.

TEORIAS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Kaline Oliveira de Sousa

José Fellipe Lima Araruna

José Ferreira Lima Júnior

O presente capítulo aborda as teorias do processo saúde-doença e, para uma melhor compreensão acerca desse conteúdo, é importante conhecer os conceitos de saúde, doença e processo saúde-doença.

No âmbito acadêmico e científico, cada vez mais se discute sobre a saúde e os diversos fatores atrelados a ela. A sua definição modifica-se conforme a época, o lugar, as concepções, a classe socioeconômica e os valores, visto que retrata diversas conjunturas presentes na sociedade.

A saúde é um direito social e, a partir da Constituição de 1946, elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), passou a ser conceituada de modo mais amplo, não significando meramente a inexistência de doenças, uma vez que engloba a condição de bem-estar em sua integralidade no que tange aos aspectos físicos, mentais e sociais (OMS, 1946). A partir dessa conceituação, entende-se que a saúde também está associada aos fatores ambientais e socioculturais, bem como às condições de moradia, trabalho e educação, dentre outros.

PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

No Brasil, a Constituição de 1988 explicita a saúde como direito de todas as pessoas e dever do Estado, sendo assegurada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), criado na referida Constituição e regulamentado em 1990 pelas Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990; e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Brasil, 1988).

Vale salientar também o conceito de doença. Segundo Hegenberg (1998), essa definição foi se modificando a cada época, deixando de ser considerada algo do “destino” para ser um objeto da patologia, vista como estado subjetivo, caracterizada por algum problema que afeta a saúde. Entretanto, o autor apresenta outra visão sobre o termo “doença”, em que ela deve ser observada também pelo ângulo social e, portanto, não é um achado da patologia, nem tão pouco um estado subjetivo, mas sim algo que necessita de atendimento de profissionais da saúde em instituições responsáveis por sua manutenção (Hegenberg, 1998).

Nesse contexto, destaca-se que o processo de saúde-doença é algo social e está associado ao relacionamento das pessoas com a natureza e com outras pessoas por meio do trabalho e do convívio em ambientes sociais, culturais e políticos (Tancredi; Barrios; Ferreira, 1998).

De acordo com Câmara *et al.* (2012), nota-se que, embora a OMS conceitue a saúde abordando toda a sua dimensão, por vezes, o processo saúde-doença é associado diretamente ao processo fisiopatológico em si, pois, ao explorar os conceitos em conjunto de saúde-doença, percebe-se que eles não são bem compreendidos e a definição de saúde nem sempre é vista de maneira adequada, isto é, ampliada.

TEORIAS DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

As teorias do processo saúde-doença são quatro, a saber: teoria mágico-religiosa/mística/ritualística; teoria da unicausalidade; teoria da multicausalidade; e teoria da determinação social.

Na Antiguidade e no início da Idade Média, prevaleceu a teoria mágico-religiosa, também denominada de mística ou ritualística, em que o adoecimento era visto como algo sobrenatural, relacionado a uma força externa da natureza que invade o organismo, devido a pecados ou maldição. Assim, as doenças representavam desobediência ao mandamento divino, sendo que a Igreja Católica tinha bastante influência na medicina e, por ser contra pesquisas científicas, houve poucos avanços científicos nessa época (Balestrin; Barros, 2010).

No final da Idade Média, começaram a acreditar que a etiologia das doenças estava associada a fatores que não eram intrínsecos ao ser humano, em razão do aumento de epidemias na Europa (Balestrin; Barros, 2010).

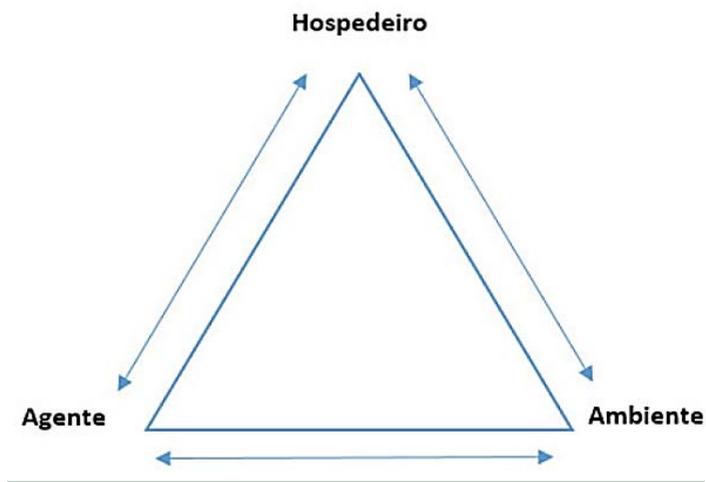
De acordo com Sá *et al.* (2017), a teoria da unicausalidade surgiu a partir do século XIX e existe desde que se formaram as sociedades ocidentais, sendo caracterizada por considerar que as doenças têm causa única, a qual é externa ao organismo humano, estando relacionada a um agente etiológico, sem causas ambientais e sociais. Esta teoria avançou na “era bacteriológica”, na qual Louis Pasteur, pai da bacteriologia, descobriu e isolou bactérias, permitindo estudar diversas doenças e encontrar seus agentes etiológicos.

A teoria supracitada perdurou por bastante tempo, mas, com a Segunda Guerra Mundial e o desenvolvimento industrial iniciado

em países da Europa, no século XIX, os padrões de doenças e óbitos das pessoas foram alterados, surgindo movimentos que indicavam outras causalidades para as doenças que não apenas o agente etiológico, pois somente o âmbito biológico não respondia às questões de propagação de doenças transmissíveis e desenvolvimento de afecções crônico-degenerativas, ocupacionais e comportamentais (SÁ *et al.*, 2017).

Assim, em meados do século XX, surgiu a teoria da multicausalidade, também chamada de tríade ecológica, com o conceito de que o desencadeamento das doenças apresenta causas variadas e ocorre a partir da relação interdependente entre ambiente, agente e hospedeiro, atentando também para os fatores genéticos e biológicos, bem como para as subjetividades de cada indivíduo. Com essa teoria, foi possível explicar doenças como câncer, transtornos mentais e doenças cardiovasculares (Sá *et al.*, 2017).

FIGURA 1—TRÍADE EPIDEMIOLÓGICA



Fonte: Gama (2015).

Por fim, a teoria da determinação social surgiu em 1970, quando os estudiosos perceberam que a saúde está associada ao modo como a sociedade está organizada, e assim a teoria da multicausalidade já não respondia a todas as doenças (Silva; Bicudo, 2022).

A teoria da determinação social caracteriza-se pelo caráter histórico e social dos problemas de saúde, como também pelo processo saúde-doença, além de entender que este processo é dialético e que nele estão os aspectos biológicos, sociais, econômicos e culturais, sendo expressões individuais e coletivas. Logo, esta teoria interliga os aspectos biológicos, psíquicos e sociais com as necessidades das pessoas (Silva; Bicudo, 2022).

Sugestão de multimídia para aula

Ilha das Flores. Documentário. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=Hh6ra-18mY8>.

EXERCÍCIOS PARA REFLEXÃO E DEBATE

1. No que tange às teorias do processo saúde-doença, correlacione as colunas:

(a) Considera que as doenças têm causa única, estando relacionada a um agente etiológico, sem causas ambientais e sociais.

(b) As doenças apresentam várias causas e ocorrem a partir da relação interdependente entre ambiente, agente e hospedeiro.

(c) A doença é vista como algo relacionado a uma força externa, que invade o organismo, devido a pecados ou maldição.

(d) Caracteriza-se pelo caráter histórico e social dos problemas de saúde e do processo saúde-doença.

() Teoria mágico-religiosa

() Teoria da unicausalidade

() Teoria da multicausalidade

() Teoria da determinação social

2. Assinale a alternativa CORRETA a respeito do conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde:

a) A saúde é um direito social e significa a ausência da doença, sem necessariamente considerar os aspectos físicos, mentais e sociais.

b) A saúde significa um completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença.

c) A saúde engloba um completo bem-estar físico e mental, e não somente a ausência de doença.

d) A saúde é entendida como um bem-estar espiritual.

3. O documentário *Ilha das Flores* apresenta uma crítica social. Faça uma análise deste documentário explicitando de que modo ele se associa aos determinantes sociais do processo saúde-doença.

4. Explique os diferentes tipos de teorias do processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

BALESTRIN, M. F.; BARROS, S. A. B. M. A relação entre concepção do processo saúde e doença e a identificação/ hierarquização das necessidades em saúde. **VOOS Revista Polidisciplinar**, v. 1, n. 1, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 jul. 2023.

CÂMARA, A. M. C. S. *et al.* Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 01, p. 40-50, 2012.

GAMA, M. **A verificação no plano HACCP**. 2015. Disponível em: <https://foodsafetybrazil.org/a-verificacao-no-plano-haccp/>. Acesso em: 14 nov. 2023.

HEGENBERG, L. **Doença**: um estudo filosófico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/pdj2h/pdf/hegenberg-9788575412589-06.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)–1946**. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf. Acesso em: 07 jul. 2023.

SÁ, G. R. da S. *et al.* Um pouco de história: evolução das concepções de saúde, doença e cuidado. *In*: SILVA, M. do N.; FLAUZINO, R. F.; GONDIM, G. M. de M. (Orgs.). **Rede de frio**: fundamentos para a compreensão do trabalho. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2017. p. 21-50.

SILVA, L. B.; BICUDO, V. Determinantes sociais e determinação social do processo saúde-doença: discutindo conceitos e perspectivas. *In*: SANTOS, T. V. C. dos; SILVA, L. B.; MACHADO, T. de O. (Orgs.). **Trabalho e saúde**: diálogos críticos sobre crises. Rio de Janeiro: Mórula, 2022. p. 115-131.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. v. 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/ Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 1998. p. 35-614.

NOÇÕES BÁSICAS SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Rebeca Rodrigues

Larissa Barbosa de Freitas

Maria Amélia Lopes Martins

José Ferreira Lima Júnior

Diante do cenário político e econômico no fim do período do Regime Militar, a classe de intelectuais e técnicos, profissionais da saúde e, de forma inédita, a sociedade civil iniciaram uma mobilização referente ao serviço de saúde (Aguar, 2015). Havia indignação diante da saúde de baixa qualidade e limitada, enquanto o setor de medicina privada recebia a maior parte da receita que seria destinada, em primeiro momento, para a saúde pública.

Nesse momento, houve também uma grande mobilização social, na qual os cidadãos atuaram como protagonistas dos discursos referentes às pautas relacionadas à saúde, e essa inquietação popular juntamente com a Reforma Sanitária, um marco importante na história da política brasileira, trouxeram outra realidade para o país. Diante disso, surgiu a necessidade urgente de um novo modelo de cuidado aos usuários de saúde, que quebrasse o modelo de medicina privatista, fragmentada e separatista, exercida pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

A era da redemocratização mostrou a insuficiência da Constituição Brasileira vigente e a urgência de uma nova Carta Constitucional, que contaria com a participação de vários segmentos sociais, tendo como vertentes textos que abordassem a cidadania, a dignidade, a autonomia, a defesa da democracia e, sobretudo, a garantia de direitos e deveres. Dentro desse contexto histórico, o serviço de saúde focava apenas na prevenção de doenças infecto-contagiosas, na redução da mortalidade infantil, da mortalidade por doenças crônicas e neoplásicas, além do estudo e combate de epidemias existentes, como a dengue na maior parte das capitais, e o HIV/AIDS, que ocasionou diversos óbitos no país.

Dessa maneira, a educação em saúde, somada à promoção de cuidados básicos, não existia, tampouco a visão de que o ser humano é um indivíduo holístico e que a sua assistência deve ser continuada em todas as fases da vida. Nesse primeiro momento, temas como universalização, qualidade de vida, integralização e direito à saúde ganharam destaque. A criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, mostrou de maneira gradual o que seria formulado na Constituição Federal (CF) de 1988, quando houve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

FIGURA 1—SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)



Fonte: FREEP!K (2023).

A partir da publicação da CF de 1998, o SUS apresentou uma nova proposta de assistência à saúde para o país, tendo em seu conteúdo tudo o que havia sido abordado na Reforma Sanitária e a completa reformulação do SUDS. Trata-se do maior sistema de ordem pública do mundo a ofertar serviços de saúde: do mais simples, como as demandas na atenção básica; até os mais complexos, como o tratamento para o câncer. Além disso, as ações são caracterizadas por cuidar do usuário na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Diante do texto, o Estado passou a ter a participação principal no fornecimento de recursos e garantia dos direitos, mas não de forma exclusiva, tendo as empresas e toda a sociedade envolvidas no cuidar da população. As ações e os serviços de saúde são articulados e integrados, tendo sua direção descentralizada, regionalizada e hierarquizada, contando com integrantes das esferas municipal, estadual e federal, mas com a participação do serviço privado de forma complementar.

A qualidade da saúde da população brasileira é encarada como fator influenciador direto na economia e no crescimento do país, e nesse viés surgiram os indicadores de saúde. Esses indicadores servem de auxílio para avaliar o bem-estar dos usuários, juntamente com o seu desenvolvimento. Além disso, a saúde agora é garantida por lei, pela qual todos possuem livre acesso, sem interferência de outras instituições ou modelos de saúde, como era visto no fracionamento das ações preventivas e na assistência médico-preventiva pelo Ministério da Saúde e pelo INAMPS, respectivamente.

Em seu conteúdo, a CF de 1988 traz um título inteiro a respeito da Ordem Social, em seu Capítulo II, sobre Seguridade Social. Em sua parte dedicada ao SUS, nos artigos 196 a 200, estabelece:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º—As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I—controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II—executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III—ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV—participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V—incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI—fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII—participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII—colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Apesar de o texto ter sido elaborado na Constituição, a legitimação do SUS passou a ser realidade somente na década de 1990, com a criação das Leis Orgânicas da Saúde, a Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/1990, respectivamente. Durante esse intervalo de tempo, o então presidente do Brasil, Fernando Collor de Mello, por ter uma proposta mais neoliberal na economia, dificultou a execução dessas leis e, sendo assim, houve diversos entraves como vetos, por exemplo, principalmente quando se tratava da participação social e da contribuição econômica do Estado. Tais leis surgiram com o propósito de regulamentar os artigos que haviam sido propostos (Aguiar, 2015).

A Lei nº 8.080/1990 aborda a promoção, a proteção e a recuperação da saúde dos usuários, e esse conceito traz o enfoque para o cuidado holístico, que anteriormente não existia, pois o modelo

biomédico era a realidade. Desse modo, o alcance do serviço de saúde passou a ser ampliado. Outrossim, há no texto a descrição dos serviços de saúde:

Atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças;

Serviços prestados no âmbito laboratorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelos governos (quer seja pelo governo federal, quer seja pelos governos estaduais ou municipais), bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;

Ações de distintas complexidades e custos, que variam desde a aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia), até cirurgias cardiovasculares e transplantares;

Intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes onde se vive e trabalha, na produção e circulação de bens e serviços, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental;

Instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados e equipamentos para a saúde.

Com isso, percebeu-se que o SUS surgiu com a proposta de ultrapassar todas as fronteiras territoriais, para que o serviço de saúde fosse ofertado em bairros periféricos ou até mesmo aos Povos Ribeirinhos. O SUS não se restringe apenas ao serviço ambulatorial e às ofertas de procedimentos cirúrgicos, mas também intervém em todos os

fatores que possam influenciar a qualidade de vida da população, desde a água que chega até as torneiras, até a pesquisa de novos medicamentos e tratamentos.

Já a Lei nº 8.142/1990 dispõe sobre a participação social na construção e gestão do SUS, além de transferências intergovernamentais acerca da receita destinada aos serviços de saúde (Brasil, 1990). Diante disso, a sociedade tornou-se atuante e com voz política nos debates das pautas sobre os caminhos que a saúde teria no país, por meio das conferências e dos conselhos de saúde.

Acerca do repasse financeiro, foi decidido que cada município e estado deveria ter uma conta especial, os chamados fundos de saúde, que são fiscalizados pelos Conselhos de Saúde. Os recursos são alocados de acordo com a iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional, sendo previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde. Assim, a distribuição dos recursos ocorre de maneira automática, tendo prioridade os Municípios, os Estados e, por fim, o Distrito Federal, para os serviços ambulatoriais, hospitalares e as demais ações de saúde (Brasil, 1988).

Ademais, para o recebimento dos recursos, cada município deve conter plano de saúde, relatórios de gestão que permitam o controle do que é proposto na Lei nº 8.080/1990, contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento e Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto no prazo de, pelo menos, dois anos para a sua execução (Brasil, 1988). Caso os municípios não atendam a esses critérios, caberá ao Estado ou à União a administração do dinheiro.

Outro ponto a ser observado sobre a Lei nº 8.142/1990 são as instâncias colegiadas, descritas nos Conselhos de Saúde e na Conferência de Saúde. O Conselho de Saúde possui um caráter permanente e deliberativo, ou seja, as decisões e o conhecimento das novas propostas inerentes à saúde têm agora a participação da comunidade, além dos representantes do governo, profissionais da saúde e prestadores de serviço (Brasil, 1990). Vale salientar que a representação popular tem a participação paritária, o que significa cinquenta por cento do Conselho.

O Conselho de Saúde tem o propósito de formular estratégias e atuar no controle e na execução da política em saúde em todos os aspectos, incluindo os setores econômico e financeiro, no qual o poder decisivo parte do chefe legalmente constituído em cada esfera do governo.

Tratando-se da Conferência de Saúde, o poder Executivo ou o Conselho de Saúde pode convocar de forma extraordinária, mas o comum é que aconteça a cada quatro anos. Essa reunião tem o propósito de discutir a situação atual da saúde do território brasileiro e propor novas diretrizes que possam auxiliar a construção de novas políticas públicas de saúde. Como, no Conselho de Saúde, há a representação de vários segmentos sociais, cinquenta por cento dos seus componentes fazem parte da população de usuários.

É de fundamental importância abordar que tanto a Conferência de Saúde quanto o Conselho de Saúde têm regimentos e dinâmicas próprias, aprovados pelo próprio Conselho supracitado. Com essa autonomia, os indivíduos que fazem a gestão direta da saúde, bem como o usuário, que é o protagonista do SUS, conseguem ter seu maior lugar, quando se trata dos conflitos presenciados no dia a dia, as doenças mais recorrentes e as dificuldades no processo do cuidar.

EXERCÍCIOS PARA REFLEXÃO E DEBATE

1. Qual o conceito de saúde presente na Constituição Federal de 1988?
2. Relate acerca do surgimento do SUS e a sua importância atual na sociedade brasileira.
3. De acordo com a leitura do capítulo, ficou explícito que o SUS passou a ser uma realidade após a criação das Leis Orgânicas da Saúde. Portanto, disserte sobre quais são essas Leis e o que elas dispõem em seu regimento.
4. Você acredita que o SUS é um sistema que consegue atender, efetivamente, a todas as demandas existentes da população? Justifique sua resposta.
5. Observe atentamente a charge abaixo.

FIGURA 2—CONTROLE SOCIAL



Fonte: Instituto Pólis (Serafim, 2008).

Relacione a charge com a participação popular no processo de implementação do SUS, levando em consideração os dispositivos das Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. (Org.). **SUS. Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2. ed. São Paulo: Editora Martinari, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Presidência da República**, 1990, Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 14 jul. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Presidência da República**, 1990, Brasília. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 14 jul. 2023.

FREEP!K. **Equipe de profissionais de saúde**. Disponível em: https://img.FREEP!K.com/fotos-gratis/close-up-na-equipe-de-profissionais-de-saude_23-2149112521.jpg?w=1380&t=s-t=1699969492&exp=1699970092~hmac=6389643f70a635ca2129d-7db181f6e5de789d6408a02c63f7cd8243942c1251f Acesso em: 14 nov. 2023.

SERAFIM, A. C. T. L. **Controle Social**. 2008. Disponível em: <https://polis.org.br/publicacoes/controle-social-das-politicas-publicas/>. Acesso em: 14 nov. 2023.

LEIS ORGÂNICAS DA SAÚDE

José Fellipe Lima Araruna

Kaline Oliveira de Sousa

Maria Amélia Lopes Martins

José Ferreira Lima Júnior

As Leis Orgânicas da Saúde (LOS), que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS), se entendem pela criação, após implementação da Constituição Federal de 1988, da Lei nº 8.080, a qual tem como objetivo “dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (Brasil, 1990a); e da Lei nº 8.142, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (Brasil, 1990b).

Portanto, a conjuntura política pós-constituente, caracterizada pelo surgimento de um projeto conservador neoliberal, implementado por Fernando Collor de Mello, gerou dificuldades que atrasaram o processo de regulamentação dos artigos, em união com os da saúde, com propostas para acontecer no prazo de 180 dias (Roncalli, 2003).

Assim, apenas na década de 1990, mais especificamente no dia 19 de agosto, iniciou-se todo o processo de pactuação infra-constitucional—lei que está inferior à Constituição—das Leis Orgânicas de Saúde no SUS, tendo a primeira versão da Lei nº 8.080 editada e aprovada pelo Congresso Nacional. No entanto, alguns artigos sofreram vetos por parte do Executivo, em especial, os itens relacionados ao financiamento e controle social. Somente em 28 de dezembro de 1990, como resultado de negociações, é que foi aprovada a Lei nº 8.142, que recuperou alguns artigos vetados da Lei nº 8.080, ambas complementares e criadas pela Constituição, visando assim à regulamentação do SUS (Brasil, 1990a, 1990b).

LEI Nº 8.080/90

A Lei nº 8.080, de 1990, prevê em seus artigos iniciais que, de acordo com o artigo 2º, “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (Brasil, 1990a). Portanto, faz-se necessário o Estado garantir a saúde da sociedade, visando reduzir os riscos de doenças e agravos, bem como a instalação de condições que assegurem a sua promoção, proteção e recuperação da saúde, focando no acesso universal e igualitário.

O artigo 3º trata sobre fatores determinantes e condicionantes, como moradia, saneamento básico, alimentação, renda, meio ambiente, trabalho, educação, lazer, transporte e acesso a bens e serviços essenciais. Sendo esses pilares indispensáveis para a saúde, garantem também as condições de bem-estar físico, mental e social (Brasil, 1990a).

De acordo com o artigo 4º, o SUS é constituído pelo conjunto de serviços e ações feitos por organizações públicas federais,

estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. É uma iniciativa de caráter complementar do SUS, no controle de qualidade de pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, além de equipamentos para saúde (Brasil, 1990a).

Conforme o artigo 5º, são objetivos do SUS:

[...] a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; a 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 (Brasil, 1990a).

Segundo o artigo 6º, o SUS possui um campo de atuação amplo. Desse modo, possibilita executar ações de vigilância sanitária, sendo capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde provenientes de problemas sanitários ambientais; realizar vigilância epidemiológica, atuando na detecção e prevenção de alteração de qualquer fator determinante e condicionante da saúde individual ou coletiva; promover a saúde do trabalhador, visando à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos das condições de trabalho; além de ações na assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (Brasil, 1990a).

Não se limitando a isso, o SUS é capaz de controlar e fiscalizar serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde, a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para o consumo humano, a vigilância nutricional e a orientação alimentar, entre outros.

PRINCÍPIOS ORGANIZATIVOS

O SUS procura regular e materializar princípios organizativos, entre os quais se destacam: a descentralização e a participação popular.

DESCENTRALIZAÇÃO

Na esfera de saúde brasileira, o método de descentralização começou a ser estabelecido com a edição das leis orgânicas da saúde, que regulamentaram a participação social no setor saúde e o processo de organização dos serviços (Brasil, 1990b).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1999), a descentralização é um princípio organizativo do SUS, à vista disso, há uma redistribuição de ações, bem como de serviços de saúde e das responsabilidades entre os níveis de governo federal, estadual e municipal. Busca, assim, exceder a desarticulação entre os serviços e construir a coordenação das ações sob direção de um único gestor em cada espaço político-institucional (Vasconcelos, 2006).

A descentralização político-administrativa é estabelecida pela Lei nº 8.080/90, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na municipalização, na regionalização e na hierarquização da rede de serviço de saúde (Brasil, 1990a).

O processo de municipalização resultou em novas responsabilidades e desafios para estados e municípios em relação ao desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS), provocando um quadro de expansão da cobertura, através da criação de novas Unidades Básicas de Saúde (UBS) no âmbito local (Mendes, 2002).

Logo, nota-se uma expansão e garantia no acesso da população à APS, uma vez que reforçaria o acesso universal aos serviços.

Entretanto, não se limita ao método de transferências de responsabilidades, podendo ser compreendida, também, na sua disponibilidade de recursos para o estado, em especial, os municípios, com fins de promover a saúde à população, levando em consideração as características e demandas locais (Aguiar, 2015).

PARTICIPAÇÃO POPULAR

Por meio das entidades representativas, é garantia constitucional que a população participe do processo de formulação de políticas públicas de saúde, presumindo um incentivo para a sociedade e popularizando a compreensão a respeito do processo dos serviços e de saúde-doença, que resulta em uma prática do controle social na gestão do sistema (Brasil, 1999).

A participação popular, segundo Vasconcelos (2006), ocorre através da participação dos segmentos sociais estruturados nos Conselhos de Saúde e nas Conferências, atuando nas três esferas de governo—municipal, estadual e federal, através da colaboração em gestão nos serviços de saúde colegiados.

Os Conselhos de Saúde são órgãos que, de acordo com a Lei nº 8.142/90, representam instâncias de caráter permanente e deliberativo sobre os rumos das políticas públicas, com a finalidade de produzir estratégias, fiscalizar e controlar a execução de políticas da saúde, tal qual economia e finanças (Aguiar, 2015; Brasil, 1990).

A Lei nº 8.142/90, que regulamenta a matéria, garante o estruturamento paritário dessas instâncias, na qual os usuários têm

assegurados 50% da representação e os restantes 50% devem contemplar os trabalhadores da saúde, os prestadores de serviços e os gestores (Vasconcelos, 2006).

TRANSFERÊNCIAS DE RECURSOS

É estabelecido, com base na Lei nº 8.142/1990, que as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde serão repassadas de forma regular e automática para Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios constantes no art. 35 da Lei nº 8.080/1990.

A transferência de recursos nacionais, segundo Vasconcelos (2006), é praticada de forma majoritária, pois o gestor nacional os transfere para os respectivos fundos de saúde dos estados e municípios. Cabe ao gestor de cada esfera do governo gerenciar os recursos orçamentários, no entanto, sob a prestação de contas ao Poder Legislativo, além da presença do controle e da fiscalização do Conselho de Saúde (Vasconcelos, 2006).

EXERCÍCIOS PARA REFLEXÃO E DEBATE

1. Conforme o que foi abordado neste capítulo, o que são as Leis Orgânicas da Saúde, quando foram criadas e quais as dificuldades no período pós-Constituição?

2. De acordo com os artigos da Lei nº 8.080/90, marque a(s) alternativa(s) verdadeira(s).

() O artigo 2º diz respeito aos fatores determinantes e condicionantes, sejam eles: moradia, trabalho, alimentação, renda, saneamento básico, meio ambiente, educação, lazer, transporte e acesso a bens e serviços sociais.

() O artigo 6º possibilita ao SUS executar ações de: vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, além de ações na assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

() O artigo 3º traz a necessidade do Estado em garantir a saúde da sociedade, visando reduzir os riscos de doenças e agravos, bem como a instalação de condições que garantam a sua promoção, proteção e recuperação da saúde, focando no acesso universal e igualitário.

() O artigo 4º tem como principal pilar a 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.

3. Quais são os Princípios Organizativos do SUS? Como é possível notar a gestão de saúde do seu município?

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. (Org.). **SUS. Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2. ed. São Paulo: Editora Martinari, 2015.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990a. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 08 jul. 2023.

BRASIL. **LEI nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990b. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 08 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. v. 1. Brasília (DF): Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1999.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/conass-documenta-38/>. Acesso em: 10 jul. 2023.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. *In*: PEREIRA, A. C. (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva**: planejando ações e promovendo saúde. Cap. 2. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 28-49.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 531.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Laísa de Sousa Marques

Iluska Pinto da Costa

Rebeca Rodrigues

José Ferreira Lima Júnior

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil emergiu como uma proposta que idealiza a reestruturação do modelo de atenção à saúde e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). É necessária a compreensão de que os modelos tradicionais têm de ser superados, uma vez que a assistência à saúde da população e aos seus determinantes demanda uma visão holística. Desse modo, indica a necessidade de incluir novas estratégias para avançar em melhorias dos indicadores de saúde da população (Corrêa *et al.*, 2019).

Dessa forma, a consolidação da APS vem demonstrando avanços relevantes em sua expansão no SUS. Tal avanço está baseado, prioritariamente, nas ações e nos serviços desempenhados pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que buscam desenvolver seu processo de trabalho através do reconhecimento e da resolução das necessidades em saúde da população no território onde presta assistência, bem como contribuir para a organização dos serviços em saúde, garantindo a integração entre os pontos de atenção da rede (Cecilio; Reis, 2018).

Nesse sentido, a APS é considerada a principal porta de entrada dos usuários no SUS e o centro da comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), possui aspectos singulares que trazem uma característica própria, diferenciando-a dos demais níveis de atenção na rede (Carletto, 2021).

Dada a sua importância no SUS, em 2006, o Ministério da Saúde aprovou e publicou, pela primeira vez, por meio da Portaria nº 648/GM, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que no decorrer dos anos passou por reformulações. Atualmente temos vigente a PNAB, por meio da Portaria nº 2.436, de 2017, que aborda definição, princípios e diretrizes no escopo do seu texto, além do mais trata da operacionalização da APS no SUS, assunto que será discutido no decorrer deste capítulo.

PNAB: DEFINIÇÕES, PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ASPECTOS GERAIS

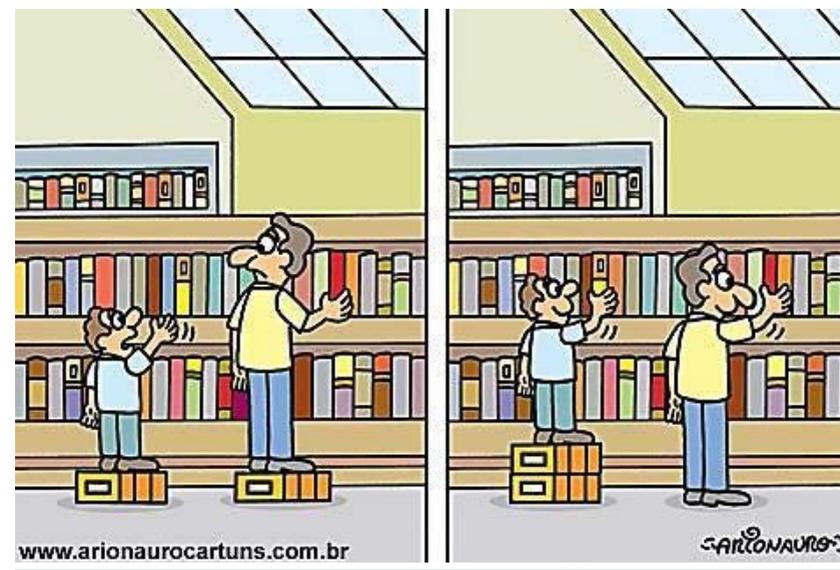
Inicialmente, é relevante destacar que, no Brasil, os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica de Saúde (ABS) são compreendidos como equivalentes, sendo definidos como:

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (Brasil, 2017).

Para isso, a PNAB estabelece princípios e diretrizes para a sua operacionalização. A seguir, temos uma discussão conceitual sobre os princípios e as diretrizes constantes na Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (Brasil, 2017).

Entre os princípios, destaca-se a **universalidade**, que é o acesso universal para todos, de modo contínuo, aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, com base no acolhimento às demandas. A oferta desse cuidado deve ser de acordo com a necessidade do usuário, através da **equidade**, ou seja, consideram-se as diferenças objetivando minimizar as desigualdades, evitando assim a exclusão social (Brasil, 2017).

FIGURA 1—EQUIDADE. CHARGE DE ARIONAURO



Fonte: Arionauro Cartuns (2020).

A **integralidade** é outro princípio citado, caracterizando-se como um conjunto de ações e serviços prestados que atendem às necessidades da comunidade, desde as ações de promoção e proteção até a reabilitação da saúde e os cuidados paliativos, ou seja, assistir o usuário como um todo, em toda a sua complexidade (Brasil, 2017).

No que concerne às diretrizes, o enfoque está relacionado a normas organizacionais para o funcionamento da atenção básica. A **regionalização** tem o foco nas regiões de saúde e remete a um espaço local, com a finalidade de organizar, planejar e gerir ações e serviços em saúde com base no perfil sociodemográfico, epidemiológico e necessidades da população de um território. Já a **hierarquização** envolve a complexidade dos diferentes níveis de atenção à saúde, os quais podem ser de baixa, média e alta complexidade (Brasil, 2017).

Para reconhecer as necessidades e identificar as prioridades de uma localidade, pode ser utilizada a **territorialização**. Esse método é um instrumento de planejamento para a programação de ações e serviços em um território adscrito, local de vivência das pessoas sob a responsabilidade de uma ESF. O processo de territorialização é contínuo, pois o território é considerado um espaço vivo e dinâmico (Brasil, 2017). A definição de um território determinará a população adscrita, ou seja, são as pessoas que vivem no território de atuação e responsabilidade de uma equipe de ESF, que devem estar a ela vinculadas (Brasil, 2017).

Outro ponto importante tratado nas diretrizes da atenção básica é o **cuidado centrado na pessoa**, que diz respeito ao cuidado individualizado, de acordo com as necessidades do indivíduo. No entanto, para que seja efetivo, o cuidado deve ser construído junto com o usuário para que haja o desenvolvimento da corres-

ponsabilidade, da independência e da autonomia do indivíduo no seu processo de cuidado, estimulando a **longitudinalidade do cuidado** através da criação do vínculo entre usuários e equipes. Portanto o cuidado, ao longo do tempo, deve ter começo, meio e fim (Brasil, 2017).

A APS tem como uma de suas características e diretrizes o alcance da **resolutividade**, atendendo grande parte das demandas e as resolvendo no primeiro nível de atenção, podendo utilizar a ferramenta clínica ampliada, conforme aponta a PNAB (Brasil, 2017).

A **coordenação do cuidado** é essencial, pois articula o caminho do usuário na RAS, reduzindo as barreiras de acesso nos demais pontos da rede e **ordenando a rede** a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população adscrita, permitindo as programações das ações de saúde para as demandas da comunidade (Brasil, 2017).

Assim como na Lei nº 8.080/90, a PNAB trata da importância da **participação da comunidade**, estimulando-a a participar das discussões para a garantia de melhoria dos indicadores de saúde. Além do mais, amplia a autonomia e a capacidade de construção do cuidado em saúde no território (Brasil, 2017).

INFRAESTRUTURA, AMBIÊNCIA E FUNCIONAMENTO DA APS

As ações e os serviços de APS são desenvolvidos com o mais alto grau de capilaridade e descentralização, sendo o mais próximo do cotidiano das pessoas, promovendo o acesso facilitado e preferencial às famílias/comunidades. A prestação dos serviços ocorre em estabelecimentos que são denominados como Unidades Básicas de Saúde (UBS), porém atualmente as Unidades de Saúde

da Família (USF) estão em expansão, sendo estas o estabelecimento que poderá atuar somente na modalidade de Equipes de Saúde da Família (ESF) (Brasil, 2017).

Para o funcionamento, estabeleceu-se a carga horária mínima de 40 horas semanais, 5 dias da semana e 12 meses do ano, devendo possuir pelo menos 01 (uma) ESF, podendo ampliar até 04 (quatro) ESF por unidade. Existe ainda a possibilidade de admitir horários alternados de funcionamento a depender da necessidade. Vale salientar que há outros tipos de unidades de saúde específicas para a necessidade local, como as UBS Fluviais e as Unidades Odontológicas Móveis (UOM) (Brasil, 2017).

EQUIPES DE SAÚDE DA APS: TIPOS, COMPOSIÇÃO E ATRIBUIÇÕES

O modelo adotado pela PNAB (2017) consiste em utilizar a ESF como estratégia prioritária para expansão, qualificação e consolidação da atenção básica no Brasil (Cecilio; Reis, 2018).

As ESF são compostas por, no mínimo, um médico de saúde da família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo também integrar os agentes comunitários de endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista e os técnicos de saúde bucal ou auxiliar em saúde bucal (Corrêa *et al.*, 2019).

A dedicação de carga horária para todos os profissionais é de 40 horas semanais, possuindo vínculo profissional em apenas 01 (uma) ESF. No entanto, para que cada ESF possa garantir o acompanhamento com resolutividade, preconiza-se que a população adscrita por equipe seja de 2.000 a 3.500 pessoas sob sua responsabilidade (Corrêa *et al.*, 2019).

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) contam com a presença de cirurgião-dentista e técnicos e/ou auxiliares em saúde bucal para atuar em USF ou UOM. A Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) atua em uma microárea pertencente a um território, com a responsabilidade de vincular, no máximo, até 750 pessoas por agente de saúde, sendo a quantidade de ACS por equipe definida a partir da necessidade local, das vulnerabilidades e da base populacional (Carletto, 2021).

Vale salientar que, para cumprir os princípios incorporados no SUS, além dos modelos de equipes abordados neste capítulo, a PNAB ainda trata de diferentes arranjos de equipe de atenção básica para as populações específicas como: as Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas, as Equipes de Saúde da Família Fluviais, as Equipes de Consultório na Rua e as Equipes de Atenção Básica Prisional (Carletto, 2021).

Portanto, é notória a importância da atenção básica como pilar para a constituição do SUS, garantindo o acesso universal aos serviços que trazem reais benefícios à saúde da população.

EXERCÍCIOS PARA REFLEXÃO E DEBATE

01. De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, em vigência pela Portaria nº 2.436, de 2017, são considerados diretrizes da atenção básica, EXCETO:

- a) Regionalização
- b) Resolutividade
- c) Territorialização
- d) Integralidade
- e) Participação da comunidade

02. A PNAB estabelece princípios para a sua devida operacionalização. Correlacione os princípios abaixo com seus corretos conceitos.

I–Universalidade

II–Equidade

III–Integralidade

() Conjunto de ações e serviços prestados que atendem às necessidades da comunidade, desde as ações de promoção e proteção até a reabilitação da saúde e os cuidados paliativos.

() Consideram-se as diferenças objetivando minimizar as desigualdades, evitando a exclusão social.

() Acesso universal para todos, de modo contínuo, aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos com base no acolhimento às demandas.

Assinale a sequência correta:

a) I, II, III

b) II, III, I

c) III, II, I

d) II, I, III

03. Qual é a diretriz da PNAB que tem o foco de atuação nas regiões de saúde e remete a um espaço local com a finalidade de organizar, planejar e gerir as ações e os serviços em saúde com base no perfil sociodemográfico, epidemiológico e de necessidades de uma população no território?

a) Resolutividade

b) Regionalização

c) Territorialização

d) Hierarquização

REFERÊNCIAS

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). Brasília, DF, 2017.

CARLETTO, A. F. **O sentido da Atenção Básica**: descompassos da Portaria nº 2.436, de 2017, ameaçam o coração do SUS. 2021. 95f. Dissertação (Mestrado)–Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina, Rio de Janeiro, 2021.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde de Pública**, n. 34, v. 8, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056917>.

CORRÊA, D. S. R. C. *et al.* Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, n. 24, v. 6, jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08802019>

SANTOS, A. da S. **Charge Equidade**. 2020. Disponível em: <http://www.arionaurocartuns.com.br/2020/01/charge-equidade.html>. Acesso em: 14 nov. 2023.

POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: NOÇÕES BÁSICAS

Lasmin Oliveira Silva

Maria Vitória Gonçalves de Vasconcelos

José Ferreira Lima Júnior

Desde meados da década de 1980, o Brasil viveu vários acontecimentos que contribuíram para que a promoção da saúde fosse incorporada como uma nova filosofia e prática nas políticas de saúde.

À guisa de exemplos, podem ser citados a Reforma Sanitária, que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, a criação do SUS e das legislações sanitárias, bem como a grave crise de saúde logo após a redemocratização do país.

Dentro desse contexto, anos mais tarde, a Política Nacional de Saúde consiste em uma estratégia governamental que visa promover o bem-estar e garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde em nosso país. Seus principais objetivos incluem a promoção da saúde como direito de todos, a integralidade das ações e dos serviços de saúde, a redução das desigualdades sociais e regionais em saúde, e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Para alcançar esses objetivos, essa política baseia-se em diretrizes como a universalidade e a integralidade. Suas ações estratégicas incluem programas de promoção da saúde, melhoria

da infraestrutura e do atendimento nas unidades de saúde, desenvolvimento de pesquisas e tecnologias em saúde, capacitação dos profissionais da área, entre outras. A implementação dessa política tem um impacto significativo na qualidade de vida da população, na incidência de doenças graves, facilitando o acesso aos diagnósticos e ao tratamento adequado, bem como, esperançosamente, a redução da mortalidade e o aumento da expectativa de vida. A participação de todos os setores da sociedade é fundamental para o sucesso da política e a construção de uma sociedade mais saudável e justa para todos.

FIGURA 1—PROMOÇÃO DA SAÚDE



Fonte: FREEP!k (2023).

CONCEITO DE “PROMOÇÃO DA SAÚDE”

No processo de cuidar, a promoção da saúde refere-se ao conjunto de diversas estratégias e formas de produzir saúde, no

âmbito individual e coletivo, por meio da elaboração de planos terapêuticos específicos para cada situação clínica, da organização do processo de trabalho da equipe multidisciplinar e da escuta qualificada dos profissionais, como ação acolhedora da história de vida do paciente, não focando somente na doença (Brasil, 2021; Silva *et al.*, 2015).

Diante disso, a atuação dos profissionais no âmbito da promoção da saúde deve considerar a autonomia e as especificidades de cada indivíduo, suas respectivas culturas, valores e territórios, que elegem seu modo de viver e condicionam sua liberdade individual e comunitária (Brasil, 2017).

Os debates e as avaliações constantes sobre a promoção da saúde passam pelo reconhecimento de que o campo da saúde está em contínua transformação, tanto por meio da análise da população em suas fragilidades e potencialidades, como também pela importância de reforçar o compromisso das elites governamentais em garantir direitos e acesso às ações e aos serviços de promoção da saúde de forma igualitária e humanizada (Brasil, 2021; Silva *et al.*, 2015).

Dessa forma, o processo saúde-adoecimento advém de complexos fatores e aspectos que requerem ações de saúde ativas, através de articulações intersetoriais que estimulem os setores de saúde na construção e implementação de políticas públicas voltadas para as singularidades da população, mediante a investigação dos fatores e condições de vulnerabilidade, os riscos e as potencialidades da saúde que afetam a vida da comunidade (Brasil, 2021; Silva *et al.*, 2015).

A saúde necessita da colaboração próspera de todos os indivíduos na análise e formulação de ações que atinjam a sua promoção. É nesse sentido que a abordagem da promoção da saúde

conduz para a formulação de políticas públicas dinâmicas e para a disseminação de conhecimentos e práticas de saúde de forma compartilhada e participativa (Brasil, 2021; Silva *et al.*, 2014).

Por isso, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em seu processo de implementação nas esferas de gerenciamento do SUS e na comunicação com os demais setores das políticas públicas e do corpo social, tem o intuito de alterar os métodos de planejamento, organização e avaliação do trabalho em saúde (Brasil, 2021; Silva *et al.*, 2014).

Vale salientar que a PNPS, com seu papel de fortalecer a promoção da saúde de qualidade consolidada às políticas públicas, está em consonância com a Declaração de Adelaide (2010) e com a Declaração de Helsinque (2013) sobre saúde em todas as políticas. Esses documentos destacam a facilidade de alcançar as metas de fornecer uma assistência de saúde humanizada a partir da união firme entre todos os setores para ampliar a sustentabilidade, o desenvolvimento humano e a equidade, assim como para aprimorar as condições de saúde (WMA, 2013; Brasil, 2017, 2021).

A IMPORTÂNCIA DA PNPS NO BRASIL

A PNPS desempenha um papel fundamental no Brasil ao estabelecer diretrizes e ações para promover a saúde e prevenir doenças no país. A importância da PNPS reside no fato de que ela reconhece que a saúde é resultado de múltiplos fatores, incluindo o estilo de vida, o ambiente em que as pessoas vivem, o acesso aos serviços de saúde e as condições socioeconômicas.

Uma das principais contribuições da PNPS é o enfoque na promoção da saúde e na prevenção de doenças, em contraposição ao

modelo tradicional, centrado no tratamento e na cura. Isso significa que a PNPS busca promover hábitos saudáveis e criar ambientes favoráveis à saúde, a fim de reduzir a incidência de doenças e melhorar a qualidade de vida da população como um todo.

A PNPS também valoriza a participação social e a intersetorialidade, reconhecendo que a promoção da saúde não é responsabilidade apenas do setor da saúde, mas requer ações conjuntas de diferentes áreas, como educação, transporte, habitação e meio ambiente. Essa abordagem integrada permite a implementação de políticas e programas abrangentes, que abordam os determinantes sociais da saúde e promovem a equidade.

Além disso, a PNPS busca fortalecer a atenção primária à saúde como base para a promoção da saúde, priorizando ações preventivas, educação em saúde, acompanhamento de grupos vulneráveis e redução das desigualdades em saúde. Isso é especialmente importante em um país como o Brasil, onde existem disparidades significativas no acesso aos serviços de saúde entre diferentes grupos populacionais.

Outro aspecto relevante da PNPS é o estímulo ao desenvolvimento de parcerias entre diferentes setores e atores sociais, incluindo governos, organizações não governamentais, instituições acadêmicas e comunidades locais. Essa colaboração amplia o alcance das ações de promoção da saúde e permite a troca de conhecimentos e experiências entre os envolvidos.

Em suma, a PNPS desempenha um papel crucial no Brasil ao promover a saúde e prevenir doenças. Sua abordagem centrada na promoção da saúde, na participação social e na intersetorialidade contribui para melhorar as condições de vida da população, reduzir as desigualdades em saúde e fortalecer o sistema de saúde

como um todo. É fundamental que a PNPS seja implementada de forma consistente e contínua, com o comprometimento de todos os setores e a participação ativa da sociedade, para alcançar resultados significativos na saúde da população brasileira.

TEMAS PRIORITÁRIOS INSERIDOS NA PNPS

A PNPS destaca assuntos de suma importância e prioridade, implementados nas ações contribuintes para promoção de saúde equânime e integrada à população, realizadas desde 2006 e inseridas na primeira versão da PNPS (Brasil, 2021).

O primeiro deles é a “formação e educação permanente”, visando sensibilizar e promover capacitações para gestores e trabalhadores da saúde de diversos setores, a fim de desenvolver ações de educação permanente em promoção da saúde (Brasil, 2021).

Em seguida, há a “alimentação adequada e saudável”, que visa à segurança alimentar nutricional, à redução da pobreza e à promoção de saúde à população. Logo após, destacam-se as “práticas corporais e atividades físicas”, com metodologias de aconselhar e divulgar o seu exercício em espaços públicos, além de implementar danças populares e jogos (Brasil, 2021).

O “enfrentamento ao uso de tabaco, álcool e outras drogas” é outro tema que aponta a articulação de ações de saúde para redução e controle do tabagismo, uso abusivo de álcool e outras drogas, por meio de ações educativas que sensibilizem e estimulem o autocuidado da população. Além desses temas supracitados, existem: promoção da mobilidade segura, da cultura, da paz, dos direitos humanos e do desenvolvimento sustentável (Brasil, 2021).

EXERCÍCIOS PARA REFLEXÃO E DEBATE

1. Com base nas informações fornecidas sobre a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), assinale as sentenças a seguir como verdadeiras (V) ou falsas (F):

() A Política Nacional de Saúde visa promover o bem-estar e garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde em nosso país.

() A PNPS baseia-se em diretrizes como a universalidade e a integralidade.

() A implementação da Política Nacional de Saúde não tem impacto na qualidade de vida da população.

() A participação de todos os setores da sociedade não é importante para o sucesso da política de saúde.

() A PNPS destaca temas prioritários como formação e educação permanente, alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, enfrentamento ao uso de tabaco, álcool e outras drogas, promoção da mobilidade segura, da cultura da paz e dos direitos humanos, e promoção do desenvolvimento sustentável.

2. Qual é a data de criação e o principal objetivo da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)?

a) Criada em 1986, com o objetivo de fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

b) Criada em 2006, com o objetivo de promover a saúde como direito de todos e reduzir as desigualdades sociais em saúde.

c) Criada em 1990, com o objetivo de combater doenças endêmicas no país.

d) Criada em 2000, com o objetivo de melhorar a infraestrutura das unidades de saúde no país.

3. A partir do seu entendimento sobre esse capítulo, conceitue o termo “promoção da saúde”, abordado na PNPS.

4. Cite dois temas prioritários da PNPS e exemplifique, a partir de cada tema escolhido, uma ação educativa e o local em que você a desenvolveria na vida real.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**: aproximações ao tema. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Doenças Não Transmissíveis. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

FREEP!K (Org.). **Promoção da Saúde**. Disponível em: https://br.freep!k.com/fotos-gratis/doutor-feliz-segurando-uma-prancheta-com-pacientes_861960.htm#query=m%C3%A9dico&position=25&from_view=search&track=sph&uuiid=b740ef54-c144-4acf-b1fo-6cc262a5eaf Acesso em: 14 nov. 2023.

SILVA, P. F. A. da; BAPTISTA, T. W. de F. Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, n. 2, p. 441–465, 2014.

SILVA, P. F. A. da; BAPTISTA, T. W. de F. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. **Saúde em Debate** [online]. v. 39, p. 91-104, 2015.

WMA. The World Medical Association. **Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial**. Assembleia Geral da AMM, Fortaleza, Brasil, 2013.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: HISTÓRIA, DEFINIÇÕES E APLICAÇÕES NA SAÚDE COLETIVA

Maria Amélia Lopes Martins

Joyce Andreza Moreira Pessôa

José Ferreira Lima Júnior

No final do século XIX, surgiu na sociedade a ideia de uma pedagogia higienista, voltada para as famílias da elite brasileira. Porém, com o passar do tempo, o Estado viu-se obrigado a ampliar esses ideais para as classes menos favorecidas, em virtude da necessidade de controle das epidemias que marcaram a época, como as epidemias de peste, varíola, febre amarela e outras, visto que esses problemas afetavam de maneira direta a economia agrária brasileira (Matos Junior; Matos, 2018).

Dessa forma, estrategicamente o governo passou a dar maior atenção às questões sanitárias, a fim de diminuir os impactos na economia. Nesse contexto, inicia-se então a organização de modelos campanhistas, com ações baseadas no discurso da higiene, desassociadas da relação entre doenças e condições de vida.

EDUCAÇÃO, SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

De maneira geral, é necessário entender o que cada palavra significa para que, assim, o conceito geral seja melhor compre-

dido. Para tanto, a educação possui um sentido amplo, que está intimamente relacionada ao processo de desenvolvimento do homem, em suas competências e habilidades (Dias; Pinto, 2019).

As conceituações de saúde variam de acordo com o momento histórico e as condições políticas, sociais, econômicas, culturais e ambientais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é compreendida, desde 1946, como sendo o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença (Brasil, 2020).

Dessa forma, a união de ambos os conceitos compreende o que entendemos como educação em saúde atualmente. Rouquayrol e Gurgel (2018) citam que a educação em saúde foi proposta em meados da década de 1940, conhecida, na época, como educação sanitária, que tinha como objetivo contribuir com a mudança de atitudes e comportamentos dos indivíduos.

Ademais, esse conceito era embasado nas teorias higienistas e biologicistas, bem como em práticas autoritárias, que juntas contribuiriam com a solução dos problemas de saúde como um todo. A educação sanitária baseava-se na produção de folhetos, revistas, cartazes e outros; e as ações educativas em saúde propriamente ditas ficavam a cargo de programas de cunho político, priorizando apenas o combate das doenças infecciosas (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Com o passar dos anos, após a criação do Ministério da Saúde, a terminologia educação em saúde passou a substituir a educação sanitária, sofrendo intensas mudanças, cujas ações passaram a ser planejadas por esse órgão. Baseava-se em técnicas didáticas modernas e dava ênfase maior à educação física, bem como, nessa mesma época, iniciou a defesa de que a saúde está relacionada às

condições de vida da população, sendo assim um objeto que precisa ser defendido (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Ademais, na década de 1980, especificamente em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, surgiu a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a saúde era considerada um direito de todos e dever do Estado, e as atividades de educação em saúde estavam fundamentadas na integralidade do SUS, considerando todas as dimensões do processo de saúde, doença e cuidado, e as ações visavam fomentar a promoção, a cura e a proteção de todos os indivíduos (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Comumente têm sido utilizados termos distintos como sinônimos. É muito comum os profissionais de saúde utilizarem *educação em saúde*, *educação na* e *educação para a saúde* como termos similares, porém eles se diferenciam entre si. Segundo o Ministério da Saúde, a educação em saúde consiste em um conjunto de práticas que vão fornecer empoderamento ao indivíduo por meio do conhecimento de uma determinada temática e contribuir para a atuação ativa do sujeito no seu processo de cuidado (Falkenberg *et al.*, 2014; Lima *et al.*, 2022).

Já a educação na saúde, segundo a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), está relacionada à produção e à organização dos conhecimentos associados à formação e ao desenvolvimento para a atuação na saúde, englobando práticas de ensino, curricularização e didática (Lima *et al.*, 2022).

Além disso, a educação para a saúde está relacionada ao método mais verticalizado de imposição das informações, a qual Paulo Freire remete à educação bancária. A população era tida como ignorante e as informações deveriam ser passadas a fim de mudar

os hábitos de vida. Os sujeitos eram apenas agentes passivos no seu processo de cuidado (Falkenberg *et al.*, 2014).

Ademais, Falkenberg *et al.* (2014) ainda citam a *educação permanente em saúde* e a *educação continuada em saúde*, que correspondem a modalidades utilizadas no processo de trabalho na saúde. A primeira, segundo a BVS, refere-se ao processo sequencial de obtenção de conhecimentos técnico-científicos pelo trabalhador, como por exemplo, pós-graduações, que têm um período específico para início e término. Já a segunda está embasada nas necessidades de saúde da população, pois busca promover o aprendizado e as mudanças nas ações dos profissionais envolvidos, com base no trabalho cotidiano, e atua em uma problemática específica.

TENDÊNCIAS PEDAGÓGICAS ATUAIS

A educação em saúde constitui um conjunto de práticas pedagógicas calcadas em modelos teórico-metodológicos cujas ações podem ser desenvolvidas a partir de modelos tradicionais e dialógicos diferenciados (Lima *et al.*, 2022).

O modelo tradicional é baseado na transmissão de informações de quem sabe — o educador — para quem não sabe — o educando —, caracterizado por uma relação hierarquizada. Já o modelo dialógico, diferentemente do tradicional, baseia-se na troca de experiências e informações, o que faz o educador e o educando ensinarem e aprenderem, caracterizando uma relação horizontal (Lima *et al.*, 2022).

Nesse contexto, a formação pedagógica atual traz novas abordagens, que buscam abandonar os modelos tradicionais e apontam o ser humano como protagonista do seu processo de

ensino, aprendizagem e cuidado, e todo o seu meio deve ser acolhido integralmente, pois influenciam o processo de saúde-doença (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Um exemplo dessas tendências é a abordagem humanista, que se caracteriza por priorizar as relações humanas a fim de enfatizar a escuta, a empatia e a sensibilidade, tornando o indivíduo ativo e livre socialmente por meio do seu conhecimento. Além dessa, temos a cognitivista, que busca estimular o raciocínio do indivíduo para que ele consiga perceber e resolver seus problemas, e que essa experiência contribua para o seu crescimento pessoal (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Ademais, cabe mencionar a comportamentalista, baseada no pensamento de que os comportamentos podem ser mudados com base no treinamento. Tem-se ainda a abordagem behaviorista, que representa a atividade baseada na observação e no objetivismo, gerando resultados concretos e comprovados. Nessa conduta, o sujeito apresenta-se relativamente passivo e o educador é ativo, buscando estimular o aprendizado e a mudança por meio da observação (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Por fim, Paulo Freire defende o modelo sociocultural, no qual menciona que o conhecimento é criado pelo homem, a partir de sua interação com o mundo, em seus diferentes contextos — social, político, histórico e cultural. Semelhante ao modelo dialógico, já defendido por ele, mantinha a relação horizontal entre aluno e professor e esta era a base para o desenvolvimento do pensamento (Lima *et al.*, 2022).

A seguir, apresentamos um quadro comparativo entre a pedagogia bancária/tradicional e a pedagogia libertadora:

QUADRO 1—SÍNTESE DAS CARACTERÍSTICAS DAS PEDAGOGIAS

EDUCAÇÃO BANCÁRIA	EDUCAÇÃO LIBERTADORA
Vertical	Horizontal
Antidialógica	Dialógica
Passiva	Ativa
Conservadora	Revolucionária
Inibe a criatividade	Estimula a reflexão
Aluno	Educando
Pode a ser preenchido; livro a ser escrito	Aprendizagem significativa
Professor é o centro do saber	O estudante é o centro do processo
Domesticadora	Crítica, estimula a autonomia

Fonte: Elaborada pelos autores (2023).

APLICAÇÕES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Nesse contexto, o educador em saúde pode utilizar diversos meios para desempenhar suas atividades, variando desde recursos simples aos mais avançados. Tendo como base as técnicas metodológicas, o educador desenvolve ações que irão fornecer conhecimento ao educando, tornando-o participativo, seja no âmbito individual ou coletivo (Gonçalves *et al.*, 2020).

Existem elementos essenciais para o desenvolvimento de uma ação educativa em saúde, tais como a comunicação, a linguagem clara e objetiva, segundo o grau de compreensão de quem escuta, e a participação dos envolvidos. Elas podem ser desenvolvidas em diversos ambientes, desde as instituições de saúde e educação, bem como os ambientes coletivos e de acesso a todos (Gonçalves *et al.*, 2020).

As ações podem se dar em formato expositivo, por meio de palestras, capacitações, rodas de conversa, filmes e documentá-

rios; ou ainda utilizando metodologias participativas como jogos, dinâmicas, atividades lúdicas e meios digitais (Sousa; Rodrigues, 2020).

FIGURA 1—RODA DE CONVERSA



Fonte: FREEP!K (2023).

FIGURA 2—GINCANAS



Fonte: FREEP!K (2023).

FIGURA 3—MEIOS DE COMUNICAÇÃO DIGITAL



Fonte: FREEP!K (2023).

Quanto às temáticas abordadas, estas devem se adequar às problemáticas encontradas no meio em questão, para que, através de uma discussão, os objetivos propostos sejam atingidos. Comumente as temáticas variam, sendo comuns higiene pessoal, saúde bucal, saúde mental, hábitos saudáveis, exercícios físicos, prevenção de doenças, agravos e outros (Sousa; Rodrigues, 2020).

Sugestão de multimídia para a aula

Educação continuada, educação permanente em saúde e educação em saúde, você sabe a diferença entre elas? Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=fzBAOu9buEw>

EXERCÍCIOS PARA REFLEXÃO E DEBATE

1. Quais as diferenças entre os termos *educação em saúde*, *educação na e educação para a saúde*?
2. Conceitue educação permanente e educação continuada.
3. Qual modelo pedagógico você acha mais adequado para realizar educação em saúde? Justifique exemplificando com cinco características.
4. Sugestão: escolha uma das temáticas citadas no último tópico para realizar uma ação educativa no âmbito da instituição de ensino, utilizando alguma das metodologias supracitadas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **O que significa ter saúde?** 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acesso em: 03 jul. 2023.
- DIAS, E.; PINTO, F. C. F. Educação e Sociedade. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v. 27, p. 449–454, jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-40362019002701041>. Acesso em: 03 jul. 2023.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva** [periódico na internet], v. 19, n. 3, p. 847–52, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Acesso em: 04 jul. 2023.

FREEP!K. **Roda de conversa**. Disponível em: https://br.FREEP!K.com/vetores-gratis/conceito-de-ilustracao-de-terapia-de-grupo_9907641.htm#query=roda%20de%20conversa&position=28&from_view=search&track=ais&uuiid=b9ebc85f-0d1e-4586-8bcb-caa80e293b89 Acesso em: 14 nov. 2023.

FREEP!K. **Gincanas**. https://br.FREEP!K.com/vetores-gratis/jogo-de-criancas-jogando_4428290.htm#query=gincana&from_query=gincanas&position=32&from_view=search&track=s-ph&uuiid=31eeb61d-7de5-47a6-ba5e-71cdoe462c16 Acesso em: 14 nov. 2023.

FREEP!K. **Connection**. Disponível em: https://br.FREEP!K.com/vetores-gratis/projeto-do-fundo-do-connection_1087160.htm#query=Meios%20de%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20digital&position=5&from_view=search&track=ais&uuiid=8f11d-868-7ef0-41c6-b68b-071fb7632af0 Acesso em: 14 nov. 2023.

GONÇALVES, R. S. *et al.* Educação em saúde como estratégia de prevenção e promoção da saúde em uma unidade básica de saúde. **Revista Brasileira de Revista de Saúde**, v. 3, n. 3, p. 5811–5817, 2020. DOI: [10.34119/bjhrv3n3-144](https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-144). Disponível em: ht-

[tps://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/11122](https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/11122). Acesso em: 11 jul. 2023.

LIMA, N. D. *et al.* Educação em saúde e na saúde: conceitos, pressupostos e abordagens teóricas. **SANARE–Revista de Políticas Públicas**, v. 21, n. 2, 2022. DOI: [10.36925/sanare.v21i2.1669](https://doi.org/10.36925/sanare.v21i2.1669). Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1669>. Acesso em: 10 jul. 2023.

MATOS JUNIOR, R. A.; MATOS, S. M. S. Reflexões sobre a Educação em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **Caderno de Graduação–Ciências Biológicas e da Saúde**. UNIT Sergipe, v. 4, n. 3, p. 83, 2018. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5121>. Acesso em: 03 jul. 2023.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Rouquayrol: epidemiologia e saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018.

SOUZA, F. L. R. de; RODRIGUES, R. A. **Guia de práticas em educação em saúde**. 1. ed. Jaguari, Rio Grande do Sul: Instituto Federal Farroupilha, 2020.

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: HISTÓRICO, OBJETIVOS, PROCESSO DE TRABALHO E NOÇÕES GERAIS

José Ferreira Lima Júnior

Joyce Andreza Moreira Pessôa

Iluska Pinto da Costa

HISTÓRICO E OBJETIVOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

No decorrer das últimas décadas, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vem se transformando como resultado da implementação e incorporação dos princípios emergentes do modelo de Atenção Primária à Saúde (APS). É imprescindível observar que novas demandas surgiram à medida que as relações de trabalho no âmbito da saúde passavam por modificações. Desse modo, o modelo assistencial tradicional, permeado por condutas centradas no curativismo individual, fragmentadas e hierarquizadas, passou a não corresponder às necessidades da sociedade (Mendonça *et al.*, 2018).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) teve seu marco inicial e implementação gradativa a partir de 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em todo o território nacional

brasileiro, entretanto, apenas obteve consolidação em meados de 1998. Assim, o PSF foi o instrumento reestruturador da Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde (SUS) e trouxe consigo o ideal de profissionais trabalhando em equipe, junto à população, em prol da promoção da saúde. Desse modo, a família passou a ter lugar de destaque no cuidado integral, cujo processo assistencial em saúde passou a entender que conhecer as limitações, dificuldades e necessidades de cada unidade familiar deveria preceder o tratamento assistencial de um determinado agravo (Paiva, 2021).

Com a expansão do PSF por todo o território nacional, embora nem sempre uniforme, houve a necessidade da promulgação da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que, por meio da Política Nacional de Atenção Básica, reconhecia devidamente o PSF como a estratégia principal para readequação da AB do Brasil, passando a ser nomeada de ESF (Brasil, 2006).

A ESF caracteriza-se como modelo alternativo que busca aliar a prática do cuidado individual à abordagem populacional na perspectiva da vigilância em saúde, integrando vigilância epidemiológica e sanitária, territorialização/distritalização, atenção clínica e políticas intersetoriais, ações programáticas e reorganização do atendimento à demanda espontânea com acolhimento centrado no usuário, consolidando diretrizes e princípios do SUS, como universalidade, integralidade e equidade (Giovanella; Franco; Almeida, 2020; Giovanella; Mendonça, 2012).

Assim, a ESF propõe uma atuação por meio de equipes multiprofissionais, cujas ações devem ser pautadas em requisitos essenciais como o acesso por primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, reconhecidos como eixos norteadores do processo de atenção à saúde, associados à

qualidade dos serviços, à efetividade e à eficiência das intervenções (Starfield, 2002; Lima *et al.*, 2015).

O alcance desses atributos requer esforço da equipe em atuar, de forma planejada e em articulações intersetoriais, com vistas ao enfrentamento dos determinantes de saúde do território, proporcionando melhores condições de vida aos indivíduos, às famílias e à comunidade (Pinto; Jorge, 2015).

As Equipes de Saúde da Família (ESF) foram criadas com o intuito de serem compostas minimamente por: 01 (um) médico, 01 (um) enfermeiro, 01 (um) auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (Brasil, 2000b). É importante destacar que suas funções não são meras partes dissociadas do todo, mas sim constituem um único serviço com um determinado objetivo e metas a cumprir, as quais são estabelecidas por um plano estratégico, construído com a participação democrática de usuários, profissionais e gestores locais (Brasil, 2000a).

O aumento do acesso da população aos serviços ofertados vem sendo observado ao longo dos anos, inferindo-se que uma maior proximidade entre os profissionais das ESF e os usuários do SUS possibilita maior confiabilidade às instituições de saúde pública, favorecendo a melhora da qualidade de vida das comunidades.

NOÇÕES GERAIS SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO

Antes de iniciarmos esta seção, que discorre sobre a organização das relações profissionais, bem como as normas e os regulamentos que as regem, devemos conceituar o que é *processo de trabalho*. Este contempla todas as atribuições no âmbito técnico e gerencial, coordenado por pessoas e efetivado de forma plane-

jada, mult correlacionada e voltada para um resultado eficaz, ou seja, para uma meta planejada (Brasil, 2016). Portanto, podemos perceber a natureza conceitual análoga do termo anteriormente citado com a Estratégia de Saúde da Família vigente no SUS.

FIGURA 1—PROCESSO DE TRABALHO



Fonte: FREEP!K (2023).

É importante destacar que a legislação que instituiu a ESF — Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 — foi revogada e atualizada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e posteriormente substituída pelo Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017.

De acordo com as normas legislativas, os estabelecimentos de saúde do SUS e seus profissionais devem ser inscritos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), na forma cadastral de estabelecimento e profissional, respectivamente (Brasil, 2017). Para entendermos mais claramente as particu-

dades de cada termo presente na normativa e que serão descritos adiante, temos de conhecer os tipos de equipes que integram o sistema de saúde da AB do SUS, presentes na Portaria MS/GM nº 2.436/2017 (Brasil, 2017).

A Equipe de Saúde da Família (ESF), já apresentada anteriormente, constitui a estratégia prioritária da APS e é composta por 01 (um) médico, preferivelmente especialista em Medicina da Família, 01 (um) enfermeiro, de preferência especialista em Saúde da Família, 01 (um) auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). A quantidade de ACS necessária está vinculada às expansões territoriais, ao grau de risco e à suscetibilidade social das comunidades. Recomenda-se a cobertura integral da população, com limite de 750 pessoas por ACS. Além disso, podem participar da força de trabalho complementar da ESF o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais da Odontologia. A carga horária exigida para todos os profissionais é de 40 horas semanais, o que permite vínculo profissional em apenas 01 (uma) ESF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

As Equipes da Atenção Primária (EAP) surgiram após a retificação do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017 pela Portaria GM/MS nº 2.539, de 26 de setembro de 2019, que alterou a nomenclatura Equipe da Atenção Básica (EAB) para EAP. Nela há a previsão dos seguintes profissionais obrigatoriamente: médicos, preferencialmente especialistas em Medicina de Família e Comunidade, e enfermeiros, preferivelmente especialistas em Saúde da Família, todos cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde. Podem existir dois tipos de modalidade, conforme a carga horária dos profissionais: se a população adscrita da região for compatível com 50% da população exigida para implementação de uma ESF, a

carga horária mínima dos profissionais será de 20 horas semanais, o que caracteriza a modalidade I. Já a modalidade II apresenta 75% da população exigida para uma ESF, com carga horária mínima de 30 horas semanais para os servidores. Na EAP, os trabalhadores podem ter mais de um vínculo no SCNES, desde que observadas as leis trabalhistas complementares (Brasil, 2019).

As Equipes de Saúde Bucal (ESB) são constituídas por 01 (um) cirurgião-dentista e 01 (um) técnico e/ou auxiliar em saúde bucal, vinculados a uma Unidade de Saúde ou a uma Unidade Odontológica Móvel (UOM). As ESB podem existir em dois tipos de modalidades: a modalidade I é composta por 01 (um) cirurgião-dentista (CD), 01 (um) técnico em saúde bucal (TSB) ou 01 (um) auxiliar em saúde bucal (ASB). Já a modalidade II é composta por 01 (um) CD, 01 (um) ASB e 01 (um) TSB; ou 01 (um) CD e 02 (dois) TSB. As ESB sempre estão vinculadas a uma ESF ou a uma EAP, devendo incorporar-se à gestão das unidades de saúde e participar do processo de trabalho com os outros membros das equipes. Outrossim, a cada ESB implantada, seja na modalidade I ou na modalidade II, o município recebe do Ministério da Saúde todos os equipamentos odontológicos necessários à montagem do espaço estrutural. De modo igual ao que ocorre com as EAP, as ESB também dispõem de carga horária semanal na modalidade I, 20 horas; e na modalidade II, 30 horas, nos mesmos termos e requisitos, podendo acumular cadastros no CNES apenas na modalidade I (Brasil, 2019).

Outra equipe de apoio às unidades de saúde são os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Eles são compostos por profissionais das diversas áreas da saúde — médicos especialistas, médico veterinário, assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional,

profissional com formação em arte e educação e profissional de saúde sanitária — com a atribuição principal de fortalecer as diretrizes do SUS, que são a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a integralidade, a prevenção e a promoção da saúde, e o controle social (Brasil, 2012).

A equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) foi criada para permitir a reorganização primordial da AB para dar suporte à implantação gradativa da ESF. Vale salientar que, para contemplar os princípios incorporados ao SUS, além dos modelos de equipes citados até aqui, a PNAB atualizada trouxe diferentes arranjos de equipe de saúde para as populações específicas como: as Equipes de Saúde das Famílias Ribeirinhas, as Equipes de Saúde das Famílias Fluviais, as Equipes de Consultório na Rua e as Equipes de Atenção Básica Prisional.

Finalizado o rol exemplificativo de equipes que compunham a AB do SUS, podemos aprofundar outros conceitos existentes na PNAB (2017), que, por vezes, se confundem e geram uma sensação de desconhecimento do nosso SUS. Assim sendo, os termos Unidade da Saúde da Família (USF) e Unidade Básica da Família (UBS) divergem entre si pelo fato de a USF contemplar serviços de APS no SUS com pelo menos 1 ESF, enquanto que a UBS não contém ESF (Brasil, 2017).

É importante destacar o contínuo aprimoramento das normas do SUS, aqui representadas pela PNAB, que tenta aperfeiçoar-se conforme as necessidades de seus usuários. Exemplo disso foi a diminuição de indivíduos em acompanhamento por cada ESF, que antes contava com no máximo 4.000 pessoas e uma média de 3.000 pessoas na Portaria nº 2.488/2011, e passou a ser de 2.000 a 3.500 pessoas no máximo por ESF ou EAP, com a nova Portaria nº 2/2017.

Percebe-se que a carga horária semanal nas ESF tem diferentes padrões de conformação, a depender das equipes que nelas estão inseridas. Entretanto, os horários de atendimento ao público poderão ser objeto de diálogo entre os pares — profissionais, população e gestão — desde que possibilitem maior atendimento às especificidades de cada população adscrita, atentando-se à carga horária mínima de cada profissional (Brasil, 2017). Exemplo disso é o atendimento noturno aos trabalhadores com expedientes comerciais, que contam com a impossibilidade temporal de conciliar participação em atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, bem como o tratamento reabilitador em fases iniciais do agravo.

A PNAB traz três configurações de equipamentos de saúde no domínio da AB. Primeiramente temos a Unidade Básica de Saúde (UBS) como espaço mais prevalente entre nossas comunidades. E como instrumento de acessibilidade de atendimento ampliado às comunidades há também as Unidades Básicas de Saúde Fluviais e a Unidade Odontológica Móvel (Brasil, 2017).

Portanto, é notória a importância da Estratégia de Saúde da Família como base para a construção do SUS, garantindo o acesso universal aos serviços que trazem reais benefícios à saúde da população.

EXERCÍCIOS PARA REFLEXÃO E DEBATE

1. Com base na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB–2017), a Equipe de Saúde da Família (ESF) é considerada a estratégia prioritária para a consolidação da Atenção Básica no Brasil. De acordo com isso, qual é a composição mínima obrigatória das ESF para que estas sejam inseridas na Estratégia de Saúde da Família?

- a) Médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes comunitários de endemias, cirurgia-dentista e técnicos ou auxiliares de saúde bucal.
- b) Médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde.
- c) Médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar em enfermagem, cirurgia-dentista.
- d) Médico e enfermeiro, com especialidade em Saúde da Família.
- e) Médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar em enfermagem e agentes comunitários de saúde.

2. De acordo com a Estratégia Saúde da Família (ESF), é INCORRETO afirmar que a ESF:

- a) Amplia o acesso da atenção básica, sobretudo, em áreas de intensa vulnerabilidade social.
- b) Fortalece o cuidado integral, humanizado e centrado nas necessidades de saúde das pessoas e famílias.
- c) Implementa ações intersetoriais que impactam os determinantes sociais da saúde.
- d) Promove ações de prevenção, promoção da saúde e vigilância epidemiológica apenas em nível individual.
- e) Estimula a participação e o controle social na gestão da saúde.

3. De acordo com o que foi discutido sobre as equipes que integram o sistema de saúde da atenção básica do SUS, marque com verdadeiro (V) ou falso (F) e, em seguida, marque a alternativa CORRETA.

() A carga horária exigida para todos os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) é de 40 horas semanais, o que permite

vínculo profissional em apenas 01 (uma) Unidade de Saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

() As Equipes da Atenção Primária (EAP) são compostas obrigatoriamente por médicos e enfermeiros, preferencialmente especialistas em Medicina da Família e Comunidade e em Saúde da Família, respectivamente.

() As Equipes de Saúde Bucal (ESB) são constituídas por 01 (um) cirurgião-dentista e 01 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal, existindo apenas essa modalidade de ESB.

() As Equipes de Saúde Bucal (ESB) possuem dois tipos de modalidade: na modalidade I, a carga horária semanal é de 20 horas; e na modalidade II, 30 horas.

- a) VVFF
- b) VVVF
- c) VVfV
- d) FFVV

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Cadernos de Atenção Básica. Caderno 1. Brasília, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil dos Médicos e dos Enfermeiros do PSF**. Brasília, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124**, de 8 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. **Introdução à gestão de processos de trabalho**: guia metodológico. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos estabelecimentos de Saúde–CNES**. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabpb.def. Acesso em: 14 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. DAB. **Cobertura**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. Acesso em: 14 nov. 2023.

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). Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.539**, de 26 de setembro de 2019. Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Equipe de Atenção Primária–EAP e dispor sobre o financiamento de Equipe de Saúde Bucal–ESB com carga horária diferenciada.

FREEP!K. **Trabalho em equipe (engrenagem)**. Disponível em: https://br.FREEP!K.com/vetores-gratis/conceito-de-trabalho-em-equipe-de-engrenagem_4347636.htm#page=2&query=Processo%20de%20Trabalho&position=1&from_view=search&-track=ais&uuid=d2168de7-08cd-4db2-a3c7-48b9723d8711 Acesso em: 14 nov. 2023.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1475-1482, 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. V.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2012.

LIMA, E. F. A.; SOUSA, A. I.; PRIMO, C. C.; LEITE, F. M. C.; LIMA, R. C. D.; MACIEL, E. L. N. An assessment of primary care attributes from the perspective of female healthcare users. **Rev Latino-Am Enferm.**, v. 23, n. 3, p. 553-559, 2015.

MENDONÇA, M. H. M. de; MATTA, G. C. R. G.; GIOVANELLA, L. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2018.

PAIVA, C. H. A. A atenção primária à saúde no SUS: o processo de construção de uma política nacional (1990-2006). **Caminhos da História**, v. 26, n. 2, p. 32-55, 2021.

PINTO, A. G. A.; JORGE, M. S. B. Prática clínica na Estratégia Saúde da Família: relações entre equipes e usuários no território urbano. **Rev Eletr Gestão Saúde**. v. 6, n. 2, p. 1514-29, 2015.

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

EPIDEMIOLOGIA: HISTÓRICO, CONCEITOS, APLICAÇÕES NA SAÚDE COLETIVA E PRINCIPAIS INDICADORES

Larissa Barbosa de Freitas

José Ferreira Lima Júnior

Joyce Andreza Moreira Pessôa

A epidemiologia baseia-se na utilização de métodos científicos sistemáticos para colher, analisar e interpretar dados, ou seja, é o ramo da ciência que estuda os diferentes fatores que intervêm na difusão e propagação de doenças. Partindo para a sua etimologia, a palavra epidemiologia possui origem grega e significa o estudo que afeta a população (*epi* = sobre; *demio* = povo; *logos* = estudo).

No que tange aos fatores analisados por essa ciência, podemos citar: a frequência com que essas patologias surgem na sociedade, a distribuição geográfica dessas doenças, bem como suas evoluções e meios de prevenção que possam evitar que essas enfermidades se proliferem e causem danos à saúde comunitária (Fronteira, 2018).

Os meios preventivos de propagação de doenças são importantes para a saúde individual e coletiva de uma sociedade. Sob esse viés, a epidemiologia vem ganhando destaque e aumentando seu campo de atuação, pois, atualmente, há uma grande preocu-

pação por parte dos especialistas em procurar compreender as doenças que surgem na sociedade e, conseqüentemente, traçar mecanismos de erradicação, informação, comunicação e promoção à saúde humana (Fronteira, 2018).

EPIDEMIOLOGIA: RESGATE HISTÓRICO E CONCEITUAL

O estudo da epidemiologia não é muito recente, a sua história possui raízes comuns com a medicina, cujos primeiros conceitos surgiram na Grécia antiga, com o médico ocidental Hipócrates, em meados do século V a.C. Nessa época, algumas doenças, mortes e curas eram, diretamente, associadas a deuses ou demônios. Entretanto, Hipócrates contrapôs-se a essas ideias e relacionou o surgimento de doenças com o modo como as pessoas viviam e as suas interações com o meio ambiente (Silva; Neto; Nóbrega, 2020).

Apesar de os conceitos de Hipócrates ocasionarem uma revolução na forma de pensar no processo saúde-doença, os pesquisadores apontam o médico britânico John Snow (1813-1858) como o pai da epidemiologia moderna. Por volta do século XIX, a cidade de Londres estava passando por uma epidemia de cólera. Diante disso, Snow realizou um mapeamento dos bairros dessa cidade e evidenciou a hipótese causal de que a doença estava relacionada com o consumo de água contaminada por fezes dos doentes (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Os achados de Snow ficaram marcados por ele ter sido a primeira pessoa a utilizar mapas e dados para evidenciar e provar uma infecção, pois, além de criar a sua teoria, ele teve de aplicá-la para demonstrar que estava correta, demonstrando a utilização da pesquisa a partir do método científico. Além disso, ele também buscou analisar os processos determinantes da cólera, através de

um olhar mais atencioso sobre os hábitos e modos de vida das pessoas, a natureza das políticas públicas e os processos de trabalho. Dessa maneira, ele estudou a doença em todas as suas dimensões para compreender o processo de sua transmissão (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Durante as primeiras décadas do século XX, com o declínio das doenças infecciosas e o aumento da qualidade de vida nos países desenvolvidos, outras enfermidades não transmissíveis passaram a ser foco da epidemiologia, como as doenças cardiovasculares, os agravos crônicos do trato respiratório e o câncer. Portanto, o seu campo de atuação tornou-se mais abrangente, tendo como principal objetivo evitar a propagação de doenças infecciosas, promover a qualidade dos cuidados de saúde e preocupar-se com as doenças do trabalho, os problemas de saúde mental e os impactos ambientais na população em geral (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Conforme a Organização Mundial de Saúde, a saúde pode ser definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, logo ela não é limitada apenas pela ausência de doenças, mas sim pelo estilo de vida que um determinado indivíduo leva (Brasil, 2020). O processo saúde-doença considera diferentes aspectos de um meio social e representa um conjunto de relações e variáveis que condicionam o estado de saúde e de doença da população. Os fatores determinantes que esse processo analisa, considera e que estão interligados são os fatores psicológicos, sociais, socioeconômicos, socioculturais, ambientais, genéticos, sociopolíticos, entre outros.

Em vista disso, é imprescindível descrever a magnitude dos problemas de saúde nas populações humanas, proporcionar o planejamento, a execução e as avaliações das ações de prevenção, de controle e de tratamento de doenças, identificar os fatores etioló-

gicos das enfermidades e estabelecer prioridades para que haja o aumento do nível de saúde na coletividade humana (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Dentro da epidemiologia, existem alguns conceitos técnicos que são importantes para classificar o estado epidemiológico de uma doença, são eles: surto, epidemia, endemia e pandemia. Vamos analisar cada um deles? Os autores Hoelbriegel, Santos e Oliveira (2022) entendem que o **surto** ocorre quando há um aumento repentino do número de casos de uma doença em uma região específica. A dengue pode ser um exemplo de surto, pois, em algumas cidades brasileiras, ela está presente apenas em um bairro. Já a **epidemia** caracteriza-se quando um surto acontece em maior abrangência, atingindo municípios, estados ou em âmbito nacional, como o sarampo e a dengue, que foram registrados em diferentes estados brasileiros.

A **endemia** sucede quando há a incidência de uma doença considerada típica de uma determinada área, ou seja, as doenças endêmicas surgem com muita frequência apenas em algumas regiões, como a febre amarela, que é assim caracterizada por ser um agravo muito presente na região Norte do Brasil.

A **pandemia** manifesta-se quando uma epidemia espalha-se rapidamente por diversos países e até mesmo continentes. Entre os conceitos supracitados, este é o pior cenário. Uma doença característica da pandemia é a COVID-19, que iniciou na China, espalhou-se pelo continente europeu e atingiu o continente americano, ocasionando milhões de mortes e uma crise sanitária gravíssima, de magnitude global, em 2020.

Diante dessas reflexões, fica explícito que a prevenção é o meio mais eficaz para restringir e controlar a disseminação de doenças que venham a ocasionar riscos e danos para uma população.

FIGURA 1—PANDEMIA



Fonte: FREEP!K (2023).

FIGURA 2 – PANDEMIA, CHARGE DE JEAN GALVÃO



Fonte: Galvão (2023).

APLICAÇÕES DA EPIDEMIOLOGIA NA SAÚDE COLETIVA E OS SEUS PRINCIPAIS INDICADORES

A epidemiologia avalia os riscos de ocorrências de agravos à saúde de uma população, seja ela total, parcial ou específica. Essas análises de probabilidade de gravidade são realizadas por meio de indicadores epidemiológicos, os quais são baseados em estatísticas ou dados descritivos a partir de pesquisas ativas de captura de informações demográficas e de saúde. Nessa perspectiva, os dados obtidos através desses estudos são representados em gráficos e, em seguida, disponibilizados para que as pessoas consigam compreender o impacto de uma doença, que, eventualmente, pode ocorrer ou está ocorrendo, correlacionando as suas causas e as suas possíveis soluções, com o intuito de promover a saúde e melhorar os índices de qualidade de vida (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Os mesmos autores descrevem ainda que as condições de saúde de uma sociedade utilizam estes indicadores para medir a saúde coletiva, quais sejam: mortalidade, letalidade, incidência, prevalência e virulência. Os indicadores são medidas de saúde coletiva que descrevem o panorama epidemiológico da coletividade. Sob essa lógica, as taxas de mortalidade podem ser indicadas pela quantidade de mortes por ano de uma determinada unidade geográfica, as quais ainda podem ser subdivididas em: mortalidade materna, infantil, neonatal precoce e tardia, perinatal e específica de algum processo patológico ou por outros motivos. Os estudos desses índices são imprescindíveis para nortear as ações que devem ser realizadas para a promoção da vida numa sociedade.

A letalidade pode ser indicada pela relação entre os óbitos e o número de casos da doença, apontando o seu risco de morte, ou seja, esse indicador epidemiológico informa a capacidade que uma

doença tem de matar um indivíduo. Isso ocorre na dependência de fatores predisponentes, como idade, sexo, condições socioeconômicas, virulência do agente etiológico e eficácia do tratamento proposto.

Dando continuidade, há também os indicadores de morbidade, cujos parâmetros são estabelecidos pelas medidas de prevalência e de incidência. Os índices de morbidade podem ser entendidos como as medidas que informam o comportamento das doenças e seus agravos à vida. Esses dados são essenciais para os estudos de análise de causa e efeito para auxiliarem na tomada de controle e de decisões, evitando o aumento de gravidade das doenças. Em relação aos parâmetros referidos acima, as medidas de prevalência relatam o que existe numa população que condiciona a vida, detalhando a situação da saúde. Já as medidas de incidência relatam o que ocorre numa população condicionada pela saúde, esclarecendo as condições de vida e medindo a sua qualidade (Barata, 2022).

Em outras palavras, o indicador de prevalência detém o número de casos em um determinado intervalo de tempo, e o seu coeficiente pode ser em relação à população ou a um grupo, demonstrando a persistência de uma patologia, sendo calculado da seguinte forma: número de casos existentes / número de pessoas na população (Barata, 2022).

A incidência também realiza a contagem dos doentes, entretanto o seu coeficiente engloba apenas os novos casos da patologia. É por meio desse estudo que podemos saber se as medidas de saúde pública adotadas estão surtindo efeito para diminuir o número de casos de pessoas doentes.

Finalizando os indicadores epidemiológicos, temos o indicador de virulência, o qual é caracterizado por medir a capacidade que um microrganismo possui de se multiplicar e provocar uma

patologia. Ou seja, um microrganismo com virulência alta significa que ele consegue infectar facilmente os seus hospedeiros e garantir a sua sobrevivência (Barata, 2022).

A saúde coletiva tem o propósito de tratar as necessidades sociais de maneira multidisciplinar, respeitando as suas diversidades. Essa área não se preocupa apenas em tratar as doenças, promovendo a recuperação dos indivíduos, mas também em construir estratégias de promoção e de proteção à vida, a partir de políticas públicas e de campanhas de conscientização. Assim, por meio de investigações das variáveis sociais, a saúde coletiva realiza a construção de planejamentos que envolvam questões epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas, sociopolíticas, socioculturais e ambientais para organizar a sua assistência (Merhy *et al.*, 2022).

Partindo dessa lógica, a saúde coletiva está diretamente ligada com as principais aplicações da epidemiologia, que podem ser definidas pela descrição das condições de saúde da população; pelo planejamento de ações através da identificação dos fatores determinantes da situação atual da saúde; pela avaliação do impacto dessas ações e de políticas de saúde, analisando a evolução que essas intervenções têm causado na população; pela realização da contagem dos índices de mortalidade; e pela definição das locações dos recursos destinados à saúde pública (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

As descrições das condições de saúde de uma determinada sociedade podem ser investigadas por intermédio de medições do padrão de vida. Dessa maneira, a OMS definiu alguns componentes essenciais para avaliar o nível de vida da população estudada, entre os quais podem ser citados: a condição socioeconômica, que informa a posição de trabalho, de educação, de moradia e a situa-

ção econômica de um indivíduo ou de uma família; a condição sociocultural, que relata o cunho social e as atividades culturais e rotineiras dessa pessoa; as condições psicossociais, físicas, emocionais e mentais; as condições sociopolíticas, que averiguam os serviços básicos ofertados à população; entre outras (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

O planejamento de ações em saúde consiste em estratégias realizadas pela gestão pública voltadas para os programas e os projetos governamentais e possui duas etapas: a seleção de ações para a promoção da vida e a elaboração de projetos para implementação dessas ações. Após realizada a conclusão da avaliação das condições de vida e de saúde, é o momento de selecionar novas ações e atitudes para serem incorporadas dentro de uma população, com a finalidade de promover saúde, qualidade de vida e aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde (SUS). Durante o planejamento, é importante compreender os riscos e identificar os melhores indicadores de incidência (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Posteriormente, com a aplicação desses planejamentos, a epidemiologia também é responsável por analisar se as ações desenvolvidas na saúde pública estão, de fato, ocasionando melhorias para a população. Para avaliar essas atividades, é necessária a utilização de indicadores epidemiológicos, citados anteriormente, os quais irão informar a eficácia e a efetividade dessas políticas públicas. Desse modo, quando esses indicadores relatam resultados positivos a partir da aplicação dessas ações, quer dizer que estas obtiveram êxito nas suas condutas (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Cabe, neste momento, diferenciar os conceitos entre efetividade e eficácia. Este termo, do ponto de vista epidemiológico, refere-se ao impacto/resultado das ações executadas no campo da saúde

pública. Já a efetividade reporta-se à competência para produzir resultados com dispêndio mínimo de recursos e esforços, dados que, por sua vez, remetem à avaliação para considerações de custo e benefício (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

Outra aplicabilidade da epidemiologia a ser demonstrada é a contagem das taxas de mortalidade de uma determinada região geográfica. Essas taxas são um importante indicador estatístico que traz informações relevantes acerca do número de óbitos ocorridos no período de um ano, logo, é possível entender o crescimento demográfico de um país. Concomitante a isso, alguns outros indicadores encontram-se dentro dessa pesquisa epidemiológica, como as taxas de mortalidade materna, infantil ou até mesmo de uma doença com processo infeccioso ou não, de acidentes de trânsito, de procedimentos médicos e diversas outras. Os relatórios finais desses índices servem para que o Estado organize estratégias preventivas e de educação em saúde, com o intuito de resgatar a qualidade de vida dos cidadãos (Rouquayrol; Gurgel, 2018).

A alocação correta dos recursos do sistema de saúde pública interfere, diretamente, na qualidade dos serviços que esse sistema oferece. De acordo com isso, a epidemiologia é também responsável por certificar essas destinações. Evidentemente, a verba que o governo aplica ao SUS não é suficiente para suprir todas as demandas populacionais, ademais, esses recursos ainda são mal gerenciados, o que torna esse sistema ainda mais precário. Por esses motivos, a prevenção vem ganhando tanto destaque na saúde coletiva, pois uma população que cuida da sua saúde evita o aparecimento de diversos agravantes, que possam causar danos à sua vida, e, conseqüentemente, não precisa ser assistida por esse sistema (Fittipaldi; O'Dwyer; Henriques, 2021).

EXERCÍCIOS PARA REFLEXÃO E DEBATE

1. A epidemiologia é ramo da ciência que investiga os fatores que evidenciam a propagação de doenças. Sob essa perspectiva, a partir da leitura do texto, relate como ocorreu o seu surgimento.
2. Defina os quatros principais conceitos de epidemiologia e exemplifique cada um deles.
3. Correlacione as principais aplicações da saúde coletiva dentro do estudo da epidemiologia.
4. Para avaliar as condições de vida e de saúde de uma determinada população, a epidemiologia realiza aplicações de indicadores epidemiológicos. Disserte quais são esses indicadores e por que eles são tão importantes.

REFERÊNCIAS

BARATA, R. B. Sobre o conceito de risco em Epidemiologia. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, e00862198, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que significa ter saúde?** 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-que-ro-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acesso em: 12 jul. 2023.

FREEP!K. **Planeta doente em tempo de pandemia**. Disponível em: <https://br.FREEP!K.com/vetores-gratis/planeta-doente>

-em-tempo-de-pandemia_7765680.htm#page=2&query=Pandemia%20mundo&position=6&from_view=search&track=ais&uuid=57e3d8e4-4793-4cac-8019-362a685930ea Acesso em: 14 nov. 2023.

FRONTEIRA, I. **Manual de epidemiologia**. Coimbra: Almedina, 2018.

FITTIPALDI, A. L. de M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200806, 2021.

GALVÃO, J. **Pós-pandemia**. 2023. Disponível em: <https://www.jeangalvaocartunista.com/c%C3%B3pia-pedag%C3%B3gicas-3?pgid=kw3tm54d-a892b5bo-1feb-4712-8a8e-7e54384eaeaa>. Acesso em: 14 nov. 2023.

HOELBRIEGEL, A. M. D.; SANTOS, A. L. B. dos; OLIVEIRA, E. F. C. de. As três faces de uma pandemia: as abordagens epidemiológica, socioeconômica e de saúde. **Boletim do Observatório Ambiental Alberto Ribeiro Lamego**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 175-197, 2022.

MERHY, E. E. *et al.* Pandemia, Sistema Único de Saúde (SUS) e Saúde Coletiva: composições e aberturas para mundos outros. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 26, 2022.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Rouquayrol: epidemiologia e saúde**. 8. Rio de Janeiro: MedBook, 2018.

SILVA, G. C. B. da S.; NETO, O. de M. M.; NÓBREGA, W. F. S. Epidemiologia e Saúde Coletiva: aspectos históricos e evolução da produção científica. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 8, n. 3, p. 478-482, 2020.

GABARITO DAS QUESTÕES OBJETIVAS

Cap. 1–História das políticas de saúde no Brasil

2. D

Cap. 2–Reforma Sanitária Brasileira: resgate histórico e conceitual

2. C

Cap. 3–Teorias do processo saúde-doença

1. (C); (A); (B) e (D).

2. B

Cap. 5–Leis Orgânicas da Saúde

2. (F); (V); (F); (F) e (V).

Cap. 6–Política Nacional de Atenção Básica

1. D
2. C
3. B

Cap. 7–Política Nacional de Promoção da Saúde: noções básicas

1. (V); (V); (F); (F) e (V).
2. B

Cap. 9–Estratégia Saúde da Família: histórico, objetivos, processo de trabalho e noções gerais

1. E
2. D
3. C

Formato *15x21 cm*
Tipologia *Georgia / Lato*
Nº de Pág. *122*

Editora da Universidade Federal de Campina Grande- EDUFCG

