

A CONCEPÇÃO DE SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
NÚCLEO TELESSAÚDE SANTA CATARINA**

**A CONCEPÇÃO DE SAÚDE E A
ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA**

**Florianópolis – SC
UFSC
2018**

GOVERNO FEDERAL

Presidência da República

Ministério da Saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenação Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

GOVERNO ESTADUAL DE SANTA CATARINA

Governo do Estado

Secretaria de Estado da Saúde

Superintendência de Planejamento e Gestão

Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação do SUS

Gerência de Coordenação da Atenção Básica

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitoria

Pró-Reitoria de Pesquisa

Pró-Reitoria de Extensão

Centro de Ciências da Saúde

Departamento de Saúde Pública

NÚCLEO TELESSAÚDE DE SANTA CATARINA

Coordenação Geral: Maria Cristina Marino Calvo

Coordenação de Tele-educação: Josimari Telino de Lacerda

EQUIPE TELE-EDUCAÇÃO

Josimari Telino de Lacerda

Luise Ludke Dolny

Elis Roberta Monteiro

AUTORES

Luíz Roberto Agea Cutolo

Gisele Damian Antônio

Luana Gabriele Nilson

Inajara Oliveira

REVISORES

Elis Roberta Monteiro

Josimari Telino de Lacerda

Design Gráfico: Catarina Saad Henriques

Diagramação: Catarina Saad Henriques

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DO CURSO.....	05
-----------------------------------	-----------

Unidade 1 - Concepção de saúde-doença e sistema de saúde.....	06
--	-----------

1. Concepções de saúde-doença e o cuidado em saúde.....	07
---	----

1.1 Higienista-preventista.....	07
---------------------------------	----

1.2 Social (determinação social).....	08
---------------------------------------	----

1.3. Biologicista (biomédico).....	08
------------------------------------	----

1.4. Integral (integralidade).....	09
------------------------------------	----

1.5. Comparação entre o modelo biomédico e o modelo pautado na integralidade.....	11
---	----

1.5.1 O modelo Biomédico.....	11
-------------------------------	----

1.5.2. Modelo Pautado na Integralidade.....	13
---	----

2. As políticas de saúde no Brasil: Criação e construção do SUS.....	15
--	----

2.1. As políticas públicas no Brasil.....	16
---	----

Unidade2-Atenção Básica em Saúde.....	27
--	-----------

1. Atenção Básica à Saúde (ABS).....	28
--------------------------------------	----

2. Atributos da ABS.....	30
--------------------------	----

Conclusão do curso.....	40
--------------------------------	-----------

Referências Bibliográficas.....	41
--	-----------

APRESENTAÇÃO DO CURSO

Prezados alunos, sejam bem vindos ao curso:

A concepção de saúde e a organização da Atenção Básica!

Seja bem-vindo ao curso “A concepção de saúde e a organização da AB”!

O que é saúde? Esta parece uma pergunta simples para quem trabalha nesta área, mas é uma questão muito importante que devemos fazer à nós mesmos para qualificar e dar embasamento às nossas práticas.

Neste curso você é convidado a refletir sobre como a concepção saúde-doença determina o tipo de ação dos profissionais de saúde e a organização do sistema de saúde brasileiro.

Na Unidade 1 você conhecerá diferentes concepções do processo saúde-doença e suas ações consequentes, e será convidado a refletir sobre dois modelos: o biomédico e o pautado na integralidade. Também faremos uma revisão sobre as políticas de saúde no Brasil e a criação do SUS.

Na Unidade 2 conversaremos sobre o conceito de Atenção Básica à Saúde (ABS) e os atributos que o sustentam. Também apresentaremos as estratégias de implementação da Atenção Básica no Brasil, dentre elas a Estratégia Saúde da Família (ESF).

Ao longo do texto foram utilizados ícones para facilitar a compreensão dos temas propostos:



Palavras do Professor: Dicas do professor a respeito do tema.



Saiba mais: Indicações de outras fontes de informação sobre o assunto, como livros, trabalhos científicos, sites e outros materiais, para aprofundamento do conteúdo;



Para refletir: Perguntas disparadoras realizadas ao longo do texto para promover a reflexão sobre o seu cotidiano de trabalho. Aproveite estas questões para refletir sobre os temas durante as reuniões de equipe.

Desejamos à todos uma boa leitura e um bom curso!

Unidade 1

**Concepção de saúde-doença e
sistema de saúde**

Concepção de saúde-doença e sistema de saúde

OBJETIVO DE APRENDIZAGEM

Nesta unidade, você conhecerá diferentes concepções do processo saúde-doença e suas ações consequentes, e será convidado a refletir sobre dois modelos: o biomédico e o pautado na integralidade.

1. Concepções de saúde-doença e o cuidado em saúde

Toda ação em saúde é derivada de uma concepção de saúde-doença. A forma como pensamos influencia e determina a nossa prática, seja na gestão do processo de trabalho, na organização da rede de atenção à saúde, na conduta clínica na ABS, na interação entre diferentes saberes, na seleção e qualificação profissional ou na forma de comunicação com os usuários (MAEYAMA, CUTOLO, 2010).

Para entender a complexidade envolvida na concepção de saúde-doença e a sua aplicação na atuação dos profissionais de saúde, é necessário compreender o processo histórico envolvido nesta construção. Iniciaremos nossa explanação a partir de alguns séculos atrás. Nossa abordagem será breve e nos orientaremos pela identificação do modo de ver e do corpo de práticas de cada concepção ao longo da história e de sua aplicação na atualidade. Entre neste túnel do tempo conosco!

1.1. Higienista-preventivista

Nos séculos XVII e XVIII, foi desenvolvida uma forma de Medicina de Estado que ficou conhecida como Polícia Médica (PM) por sua abordagem autoritária, focada na higiene e prevenção (CUTOLO, 2001). As práticas higienistas e preventivistas têm o objetivo de controlar e prevenir doenças, intervindo nas condições multifatoriais do adoecimento. O caráter de intervenção desta concepção de saúde orienta a atuação de **medidas locais** sobre os fatores condicionantes (MAEYAMA, CUTOLO, 2010).

Medidas locais: Preocupações com a qualidade da água, com a higiene, com a prevenção de acidentes, com a iluminação, com o aquecimento, com a ventilação, com o aleitamento materno, com o vestuário.

Esta concepção de saúde-doença nos leva a agir hoje na Prevenção de doenças.



Prevenção de doenças - As ações preventivas orientam-se para evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência, através do conhecimento epidemiológico. Estruturam-se através de projetos de educação sanitária, com divulgação de informação científica e recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 2003). Exemplo: ferver a água, vacinação, buchecho com flúor e saneamento básico.

1.2. Social (determinação social)

No final do século XVIII, a explicação do processo de saúde-doença passa a incluir no rol de fatores causais de doenças as condições de trabalho e de vida das populações, ou seja, fatores relacionados à problemas sociais. Virchow, em 1847, sugere estratégias como aumento de oferta de empregos, melhores salários, criação de cooperativas agrícolas para melhoria da qualidade de vida das pessoas (MAEYAMA, CUTOLO, 2010).

Desta forma, o entendimento de saúde-doença como processo e sua Determinação Social têm como consequência a Promoção da Saúde na prática cotidiana.

E o que são ações de promoção da saúde?



Promoção da saúde - São medidas que visam aumentar a saúde e o bem-estar geral, não direcionadas especificamente a uma doença ou desordem. Utilizam estratégias para a transformação das condições de vida e de trabalho que influenciam nos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial (CZERESNIA, 2003).

SAIBA MAIS

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização, v.7, n.12, p.91-112, 2003. Disponível em: [Clique aqui](#)

BUSS, P. M. **O conceito de promoção de saúde e os determinantes sociais**. Agência Fiocruz de Notícias, 2010. Disponível em: [Clique aqui](#)

1.3. Biologicista (biomédico)

No final do século XIX, Ehrlich, Kock e Pasteur desenvolvem a “teoria do germe” como causa biológica das enfermidades infecciosas. A inovação do aporte tecnológico que permitiu materializar os agentes causais, inaugura a fundação da chamada Medicina Científica ou Biomedicina (modo de ver). Com a Biomedicina desenvolve-se o “Complexo Médico-Industrial”, ocorrendo uma supervalorização da tecnologia médica, diagnóstica e terapêutica, dando ênfase aos procedimentos, instrumentos, técnicas e medicamentos (corpo de práticas).

O caráter unicausal da concepção biologicista reduz as práticas em saúde a intervenções simplesmente curativistas, ou seja, de Recuperação e Reabilitação da Saúde. Estas práticas são médico-centradas, com supervalorização do saber técnico-científico e marginalização dos outros saberes circulantes na sociedade.

Quais são as ações de recuperação e reabilitação da saúde presentes no nosso dia a dia?



Recuperação de saúde - Grupo de ações que envolvem o diagnóstico e o tratamento de doenças. O diagnóstico e o tratamento devem ser realizados o mais precocemente possível, evitando a progressão da doença e impedindo o surgimento de eventuais incapacidades e danos decorrentes (BRASIL, 2004).

Exemplo: tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com Hidroclortiazida, tratamento de uma criança com broncopneumonia.

Reabilitação da saúde - Consiste na recuperação parcial ou total das capacidades perdidas como resultado da doença, objetivando a reintegração do indivíduo no seu ambiente social e em sua atividade profissional (BRASIL, 2004). Exemplo: colocação de prótese dentária, fisioterapia para um paciente com hemiplegia por AVC, fonoaudiologia para o mesmo paciente que se encontra afásico.

1.4 Integral (integralidade)

A **concepção de saúde-doença integral** potencializa a oferta de ações integradas em saúde, de serviços de promoção, proteção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde (modo de ver). De qualquer forma, podemos afirmar que a integralidade reconhece a

A **concepção de saúde-doença baseada na integralidade** nasce no Brasil em 1970 com o movimento da Reforma Sanitária e culmina com a criação do SUS.

necessidade e o saber do outro, a interação entre diferentes saberes e prática circulantes na comunidade. É reconhecida na prática dos serviços através da interação interdisciplinar e intersetorial, na prática da clínica ampliada, na combinação de tecnologia e na garantia da resolubilidade da ABS.

Uma abordagem orientada pela integralidade precisa reconhecer a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilizar recursos para abordá-las (STARFIELD, 2004). Essa concepção também parte de outro pressuposto, que é o da complexidade do entendimento saúde-doença. A complexidade deve ser colocada não como produto final, mas como processo. Por consequência, integralidade não é totalidade; integralidade não é produto, **Integralidade é processo**.



Não podemos ser puristas a ponto de inferir que toda a malha de complexidade que envolve o entendimento de saúde possa ser compreendida em sua íntegra. Nem que todas as necessidades do usuário possam ser satisfeitas em sua totalidade. A integralidade não é totalidade. À medida que a totalidade parece

algo não “palpável”, a integralidade demonstra-se tangível nas práticas do dia a dia dos profissionais de saúde. Então, quando falamos da concepção saúde-doença baseada na integralidade, nos referimos às Ações Integradas em Saúde. Ficou clara agora a relação entre a concepção saúde-doença e suas ações consequentes? Então, o que seriam as Ações Integradas da Saúde? Seria intervir articulando as ações de Promoção, Proteção, Prevenção, Recuperação e Reabilitação.

Unidade 1

Voltemos ao pressuposto de que toda ação em saúde é consequente de uma concepção saúde-doença. Ora, as ações integradas implicam, então, uma concepção saúde-doença baseadas na integralidade. Reconhece a determinação social, o condicionante ecológico-ambiental e o desencadeador biológico. Não significa negar o biológico, mas contextualizá-lo, localizá-lo dentro de outra perspectiva que não reduz, mas amplia (CUTOLO, 2001).

NA PRÁTICA

Vamos exemplificar: Lactente com desnutrição de segundo grau, secundário a uma diarreia recorrente por giardíase, que vive numa comunidade com água de qualidade duvidosa e com coleta de lixo num único dia da semana. Como atender a necessidade deste lactente? Quais ações integradas de saúde devem ser utilizadas?

- **Reabilitação:** restabelecer o estado nutricional.
- **Recuperação:** tratar a giardíase com metronidazol.
- **Prevenção:** Ferver a água ou colocar uma gota de cloreto para cada litro de água.
- **Promoção:** Educação em Saúde, relação intersetorial com a companhia de água e esgoto, relação intersetorial com a companhia de coleta de lixo.



Carlos Matus (1991), um teórico do Planejamento Estratégico em Saúde, orienta que toda imagem-objetivo tenta indicar a direção que se quer chegar para transformar uma realidade. Então, que tal adotar o modelo pautado na integralidade como imagem-objetivo para atender a necessidade do outro?

A integralidade está em constante construção e é materializada de diversas formas, de acordo com o contexto e o que as pessoas pensam.

Em síntese, a integralidade (imagem-objetivo) pode ser traduzida em práticas inovadoras e criatividade “do fazer” dos serviços:

- Exige a integração entre os membros da equipe SF.
- Necessita da integração entre equipe SF e NASF.
- Precisa do estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência.
- Induz a articulação intersetorial.
- Impele o apoio institucional da gestão municipal.
- Reforça o diálogo, a troca de experiência, as ações pedagógicas horizontalizadas, contínuas, solidárias e problematizadoras, estimulando, assim, a busca de estratégias de governabilidade da equipe para transformação das práticas em saúde.
- Considera cada pessoa como um todo indivisível e integrante de uma comunidade.

Unidade 1

- As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas.
- As unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral.

O homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde integral, voltado a promover, proteger e recuperar a saúde.

1.5 Comparação entre o modelo biomédico e o modelo pautado na integralidade

Agora que você já analisou uma síntese das ações e consequências das principais concepções de saúde e doença, vamos aprofundar a explanação com foco nos modelos biomédico e aquele pautado na integralidade. Observe cada detalhe para perceber suas diferenças.

1.5.1 O modelo Biomédico

Durante o século XIX, a situação da morbi-mortalidade em todo o mundo era caracterizada pela predominância de doenças infecciosas em detrimento das demais. Nesse período também foram registradas grandes evoluções na biomedicina, tais como: a difusão da vacinação contra a varíola depois de 1800; a identificação, por Koch, do micro-organismo causador da cólera em 1883 e o desenvolvimento, por Pasteur, de sua teoria dos germes nas doenças infecciosas.

Esses fatos fizeram com que tomasse corpo a ideia da natureza biológica da doença, deslocando o pensamento causal em saúde do ambiente físico e social, predominante no Séc. XVII, para patógenos concretos. Todas estas questões e principalmente a teoria dos germes fez crescer a concepção de que a doença teria uma só causa, com um germe originando cada etiologia. Decorre dessa noção o conceito de que saúde é a ausência da doença, isto é, a ausência de um agravo causado por um germe (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Ocorreu, então, um esforço acadêmico direcionado à mudança do ensino médico, que não estava preparado para responder às novas evidências e ideias. Entre os vários projetos de reformulação, o da Fundação Carnegie para o progresso do ensino foi triunfante, sobrepondo-se e obtendo repercussão internacional. Deu origem ao **Relatório Flexner**, de 1910, que veio a instituir o ideário hegemônico no campo da saúde até há alguns poucos anos (MENDES, 2002).

Abraham Flexner (1866-1959), educador norte-americano que, na década de 1910, desenvolveu o relatório de uma pesquisa nos EUA sobre o ensino da medicina que provocou a reforma da educação médica nos Estados Unidos.

Unidade 1

Entre tais reformas implementadas no ensino médico destacam-se o aumento da duração dos cursos para quatro anos, com o ensino de laboratório; a vinculação das escolas médicas às universidades e, com isso, à pesquisa e ao ensino; a ênfase na pesquisa biológica e o reforço à especialização (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Este modelo tem sido bastante analisado e descrito, mas é importante que se reflita sobre cada uma de suas características, porque o ensino nos cursos da área da saúde e a prática, ainda estão muito vinculados a ele. É considerado ainda um modelo hegemônico.

Veja as características do modelo flexneriano com atenção no quadro 1.

Quadro 1. Características do modelo biomédico

Positivismo	Tem a verdade científica.
Fragmentação / Especialização	Ensino com ênfase na anatomia, estudando segmentos do humano, dando origem às múltiplas especialidades médicas.
Mecanicismo	Considera o corpo humano como uma máquina.
Biologicismo	As doenças são causadas sempre por um agente causal (biológico, físico, químico).
Tecnificação	Centraliza os processos de diagnóstico e cura nos procedimentos e equipamentos tecnológicos.
Individualismo	Focaliza no indivíduo, negando os grupos sociais e a comunidade.
Curativismo	Dá ênfase à cura das doenças, em detrimento da promoção da saúde e da prevenção das doenças.
Hospitalocêntrico	O melhor ambiente para tratar as doenças é o hospital, porque tem todos os exames acessíveis e se administram medicamentos nas horas certas.

Fonte: Verdi, M., Da Ros, M., Cutolo, L. R. Saúde e sociedade [Recurso eletrônico]/ Universidade Aberta do SUS, Florianópolis : UFSC, 2010.

O aporte teórico conceitual do modelo Biomédico tem se caracterizado pela concepção de saúde-doença unicausal (biologicista). A unicausalidade pressupõe o reconhecimento do agente etiológico, e é este que deverá ser identificado e combatido (CUTOLO, 2006). A simplicidade da unicausalidade reside em trabalhar apenas a relação causa-efeito imediata ("A" causa "B"). Por exemplo: Bacilo de Kock causa tuberculose, vírus influenza causa gripe, ateroma causa doença cardíaca isquêmica, queda causa fratura.

Unidade 1

Dentro desse olhar, se “A” causa “B”, tomam-se medidas terapêuticas anti-A e corrigem-se as sequelas de “B”. Embora seja um modelo que permite uma abordagem direta sobre o doente, é uma explicação bastante reducionista. Não se preocupa nem com o contexto social, nem emocional, em que estas condições podem ocorrer.

O exemplo nos mostra que o centro da atenção no modelo Biomédico é o indivíduo doente. As ações de recuperação e reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações de promoção e proteção à saúde. É a doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento e o processo fisiopatológico que ganham espaço. Deslocam-se a saúde e sua promoção e proteção, o diagnóstico comunitário e suas intervenções e a determinação social do processo saúde/doença (CUTOLO, 2006).



O modelo Biomédico é muito importante na abordagem patológica específica que trata das enfermidades em geral e as classifica do ponto de vista explicativo. No entanto, tem limitações claras quando colocado diante dos enfrentamentos sociais de nosso país. Ele não consegue assumir a responsabilidade social que a área da saúde demanda, tampouco é capaz, no plano coletivo, de ser modificador de indicadores sociais.

1.5.2 Modelo Pautado na Integralidade

Foi assim que um movimento de ideias, chamado Reforma Sanitária, nos anos 1970, questionou a performance do modelo Biomédico (curativista e não inclusivo) e contribuiu para a conquista do SUS.

A proposta de reorganização do modelo de atenção, baseada na integração de práticas de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, pautada em uma concepção de saúde-doença integral, ganhou força na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.

A primeira grande contribuição da VIII Conferência foi revisar o conceito de saúde, que resultou no entendimento de que:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p. 4).

Esse conceito ampliado de saúde extrapola os limites da concepção biologicista, a qual apresenta um conceito de saúde como contrário de doença, e de doença como contrário de saúde. Portanto, o Modelo pautado na integralidade não nega o biológico, ao contrário, incorpora-o como uma de suas dimensões. Esta forma de conceber a saúde dialoga com a sociedade, respeitando-a em seu processo de vida, e com o adoecimento individual e coletivo, bem como seus saberes e práticas de cuidado autônomo.

Unidade 1

Esse outro jeito de ver saúde e doença (integralidade) exige uma nova atitude diante dos enfrentamentos no campo da saúde. Mais do que curar doenças, o setor da saúde deve buscar fortalecer o empoderamento dos cidadãos, construindo alianças e parcerias (inter e intrasetoriais) para aumentar a **resolubilidade da Atenção Básica à Saúde (ABS)**. Além disso, deve se apropriar das práticas que superem a dicotomia curativa-preventiva e médico-centrada.

A resolubilidade diz respeito à combinação dos graus de eficácia e eficiência das ações em saúde.

Confira no quadro 2, apresentado a seguir, uma síntese das principais diferenças entre o Modelo Biomédico e o Modelo da Integralidade:

Quadro 2. Comparativo entre modelos Biomédico e da Integralidade

MODELO	BIOMÉDICO	ABS ampliada (integralidade)
Concepção saúde e doença	Biologicista	Biologicista, higienista, preventivista, social
Ação	Recuperação e reabilitação	Recuperação, reabilitação, proteção, promoção
Princípio	Fragmentação	Integralidade
Lócus	Hospital, Policlínica	Hospital, Unidades Básicas de Saúde, Unidade Saúde da Família, comunidades, creches, asilos, associações
População	Objeto (não participa)	Sujeito (participação social)
Usuário	Paciente	Cidadão
Decisões	Centralizadas	Localizadas
Acesso	Restrito	Universal
Profissional	Médico	Equipe de Saúde (interdisciplinar)
Responsabilidade	Cura do doente	Também, mas melhoria das condições sanitárias

Fonte: CUTOLO, L.R.A. **Introdução temática à APS. Unidade 2.** [Recurso eletrônico]/ Universidade Federal de Santa Catarina, Telessaúde SC, Florianópolis : UFSC, 2009.

A Atenção Básica à Saúde (ABS) se apresenta como um espaço potencial para o desenvolvimento da Integralidade. A Integralidade, além de ser uma diretriz do SUS, é um conjunto de valores pelos quais vale lutar.

SAIBA MAIS

Acesse a página do LAPPIS – Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Na parte de publicações existem alguns artigos disponíveis para leitura sobre o tema Integralidade que vale a pena conferir: [Clique aqui](#)

Para iniciar o diálogo acerca da evolução das políticas públicas no Brasil, especialmente do SUS e da ABS, precisamos, antes de tudo, contextualizar a história dos modelos de saúde no Brasil. Assim, convidamos você a mergulhar no percurso histórico que antecede a emergência do SUS, que, apesar de tudo, se tornou decisivo para a possibilidade do exercício político na luta pela cidadania em nosso país.

2. As políticas de saúde no Brasil: Criação e construção do SUS

Para iniciar o diálogo sobre a evolução das políticas públicas no Brasil, especialmente do SUS e da ABS, precisamos, antes de tudo, entender o que é um **Sistema de Saúde e a que ele se propõe**.

Atualmente adotamos uma visão bem abrangente de sistema de saúde, que é definida conceitualmente como: “um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais, responsáveis pela condução dos processos de saúde de uma população, que se concretiza em organizações, regras e serviços para se alcançar resultados com a concepção de saúde prevalente na sociedade” (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Essa concepção que conhecemos hoje é recente, sendo consolidada apenas a partir dos meados do século XX, num cenário pós-guerra, quando foi necessário um maior envolvimento do Estado em ações que garantissem a saúde e o bem estar da população (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Porém, o desenvolvimento dos sistemas de saúde pelo mundo se deu de formas diferentes. Em todos os países ele tem a função de solucionar os problemas relativos à saúde da população, entretanto ele pode atuar de forma mais ou menos abrangente. Importante ressaltar que a estruturação dos sistemas de saúde depende da: concepção de saúde-doença predominante em cada local, noção de responsabilidade do Estado como provedor de políticas públicas e serviços e das relações estabelecidas entre os componentes que constituem o sistema e suas funções. Os componentes e funções de um sistema de saúde estão apresentados na figura 1. (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Figura 1. Dinâmica dos sistemas de saúde

Fonte: LOBATO; GIOVANELLA, 2008.



Unidade 1

O sistema de saúde brasileiro, por exemplo, foi o resultado de um longo processo social que visava mudar a forma como o Brasil garantia a atenção à saúde de seus cidadãos. O SUS levou a grandes mudanças na sociedade, principalmente na consolidação da ideia de saúde com direito de todos. Para compreender melhor essas transformações convidamos você a mergulhar no percurso histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, até a emergência do SUS, que se tornou decisivo para a possibilidade do exercício político na luta pela cidadania em nosso país (LOBATO; GIOVANELLA, 2008; VERDI, DA ROS, CUTOLO, 2010).

2.1. As políticas públicas no Brasil

A intervenção do Estado no campo da saúde pública brasileira iniciou-se ainda no período colonial, com a vinda da família real para o Brasil, mas a sua atuação só foi efetivada após o período republicano. Do período colonial até o final do império essa participação se resumia basicamente no desenvolvimento de ações centradas na regularização do exercício da medicina, fiscalização dos portos e controle de epidemias. As ações eram realizadas principalmente na capital do império, a cidade do Rio de Janeiro, e os serviços médico-hospitalares estavam nas mãos de entidades filantrópicas, como as Santas Casas (SCOREL; TEIXIERA, 2008).

Nas últimas décadas do século XIX, com a decadência do regime monárquico e estabelecimento da República Federativa, as ações do Estado ainda estavam restrita ao controle das epidemias e na ordenação da vida urbana, na busca de manter a salubridade geral das cidades através da fiscalização das habitações populares e da venda de alimentos e bebidas alcoólicas. Uma importante ação com o intuito de fazer o controle das epidemias foi a criação em 1900, do Instituto Soroterápico Federal, depois denominado Instituto Oswaldo Cruz, com o objetivo de produzir nacionalmente vacinas para principais doenças infecciosas que acometiam a população (SCOREL; TEIXIERA, 2008).

Foi realizada uma grande reforma urbana na cidade do Rio de Janeiro coordenada pelo engenheiro Pereira Passos, que com ajuda das campanhas sanitárias e da obrigatoriedade da vacinação a toda a população propostas por Oswaldo Cruz, erradicaram as principais doenças epidêmicas do Rio de Janeiro. A lei que regulamentava a vacina foi o estopim para um grande levante na cidade que ficou conhecida como a **Revolta da Vacina**.

SAIBA MAIS

Saiba mais sobre Oswaldo Cruz assistindo aos vídeos:

[História de Oswaldo Cruz Parte 1](#)

[História de Oswaldo Cruz Parte 2](#)

Atendendo aos anseios e reivindicações da classe trabalhadora por direitos previdenciários e saúde, em **1923 surgem as primeiras Caixas de Aposentadorias e pensões (CAPs)**, instituídas pela Lei Eloy Chaves, voltadas a três categorias profissionais restritas: ferroviários, portuários e marítimos. As CAPs eram entidades autônomas semipúblicas, estruturadas por empresas, financiadas por contribuições de trabalhadores, empregadores e consumidores de serviços, com recursos destinados a aposentadoria

Unidade 1

dos seus segurados por idade, tempo de serviço, invalidez ou aos dependentes em caso de morte do trabalhador, e algumas delas prestavam também assistência médica. Com as Caixas, surgem as primeiras discussões sobre a necessidade de se atender a demanda dos trabalhadores (ESCOREL; TEIXIERA, 2008).

Em 1930 com a chegada de Getúlio Vargas à presidência da República, iniciou-se o movimento de transformação das CAPs em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que passam a congregar os trabalhadores por categorias profissionais, e não mais por empresas, que assim como as CAPs também ofereciam serviços médicos. Houve uma modificação no financiamento dos IAPs com menor participação dos empregados e a introdução da contribuição da União. Acentua-se a disponibilização da assistência médica a população, em parte por meio de serviços próprios, mas, principalmente, por meio da compra de serviços do setor privado (ESCOREL; TEIXIERA, 2008).

Apesar da melhoria na assistência médica individual é importante lembrar que a assistência era limitada aos trabalhadores inseridos nos domínios do trabalho assalariado formal e dessa forma os desempregados, subempregados e trabalhadores rurais estavam à margem das ações de assistência à saúde do Estado. Essa situação é o que chamamos de Cidadania Regulada (ESCOREL; TEIXIERA, 2008).

Até a década de 60, as políticas públicas de saúde no Brasil se resumiam a dois modelos: o sanitarismo-campanhista, que era de responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), e o modelo da medicina previdenciária de atenção à doença baseado nos IAPs.

Com 8% do orçamento, o MS cuidava da prevenção, realizando ações de saneamento, campanhas de controle de vetores e mantendo centros de saúde que atendiam grandes endemias de hanseníase, tuberculose e verminose. E, para a assistência da população pobre, a Igreja administrava Hospitais de Caridade e Santas Casas de Misericórdia.

Em 1º de abril de 1964, financiados e sob a gestão do governo dos EUA, militares, políticos e empresários conservadores brasileiros, através de um golpe contra o governo democraticamente eleito, instalaram a ditadura. Os militares no poder passaram a perseguir e punir aqueles com pensamento contrário e censurar os meios de comunicação. Além disso, intervieram junto aos sindicatos, fecharam a União Nacional dos Estudantes, modificaram toda a estrutura social e de serviços de saúde até então presentes.

Durante a primeira década do regime militar configurou-se um sistema com preponderância da lógica da previdência social sobre o Ministério da Saúde. Os IAPs foram unificados no Instituto de Nacional de Previdência Social (INPS) que centralizou os recursos de todos os trabalhadores e uniformizou os benefícios a todos os segurados.

O governo se “apropriou” dos hospitais que eram dos IAPs, tornando-os governamentais, sob a gestão do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Em média, o governo alocava 25% do que arrecadava

Os IAPs que arrecadavam os recursos para assistir os trabalhadores contribuintes e suas famílias mantinham hospitais próprios, corpo de médicos e enfermeiros, equipamentos de última geração e ambulatórios gerais, além de garantir as pensões/aposentadorias e financiar casas próprias.

Unidade 1

para a saúde, sendo os recursos, em teoria, tripartite: 6% oriundos dos salários dos trabalhadores (o dobro do que era antes), 6% do empregador (nem sempre pagos e que a cada cinco anos de não pagamento eram anistiados) e 6% do governo (que também nem sempre cumpria a sua parte). E, além disso, estes recursos, que deveriam ser o financiamento e o seguro para os benefícios futuros, foram em parte utilizados de outra forma, financiando obras e empresas privadas e beneficiando algumas pessoas.

O orçamento do MS foi reduzido drasticamente, o que permitiu que epidemias, já sob controle, ressurgissem. Ao mesmo tempo, a comercialização de medicamentos privados foi facilitada pela criação de uma central de distribuição de medicamentos para os pobres. Isso aliado à formação médica e de farmacêuticos com foco na medicalização e modelo curativo de cuidado, o que torna sem controle a produção de medicamentos no país. O complexo médico-industrial especializado foi montado com o modelo de atenção centrado no hospital nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologias.

O fortalecimento do complexo médico-industrial “brasileiro” e de seus proprietários garantiu que se elessem deputados, senadores e governadores que viabilizaram investimentos públicos na rede privada, sob o discurso de que depois haveria retorno para o governo.

Na área da saúde, ocorreram intervenções que modificaram a formação dos profissionais da saúde em direção à lógica capitalista de mercado. Especialmente na medicina, os alunos tornaram-se reféns de representantes de laboratórios farmacêuticos, inclusive não tendo mais a disciplina de terapêutica. Já em farmácia-bioquímica, a disciplina de farmacognosia (estudo de onde são extraídos os princípios ativos dos medicamentos) e a de farmacotécnica (como os princípios ativos se transformam em produto de venda) não eram mais ofertadas, garantindo ao público consumidor apenas medicamentos comercializados por multinacionais. Os cursos de graduação nesse período foram obrigados a seguir o modelo biologicista, hospitalocêntrico, fragmentado e tecnicizado – a verdade através de exames.

Com a crise internacional do petróleo, o capitalismo sofreu e, como consequência, deu-se a primeira grande crise do governo militar brasileiro. O próprio governo começou a se desmanchar, com aliados iniciando movimentos de denúncia das péssimas condições de saúde que acometiam a população. Algumas pessoas perceberam as limitações do modelo Biomédico e, partilhando das mesmas preocupações, organizaram-se conscientes de que atitudes deveriam ser assumidas pelo bem de todos e em nome da saúde, o que levou a criação do **Movimento pela Reforma Sanitária**, em 1976.

O Movimento pela Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário torna-se um movimento contra-hegemônico, provocando uma tensão entre duas forças: o complexo médico-industrial e o movimento sanitário.

Fortemente influenciada pelo movimento italiano de reformulação normativa e institucional da assistência à saúde, a reforma sanitária brasileira teve o propósito de ser mais que uma reforma setorial, com o intuito de contribuir com a consolidação da cidadania no país. As mudanças almejadas iam além do sistema para todo o setor, com a introdução de uma nova concepção de saúde, e o resultado final seria a melhoria das condições de vida da população (FLEURY, 2009).

Unidade 1

O Movimento da Reforma Sanitária inclui a participação de vários movimentos que, autonomamente, iniciavam uma contraposição à política hegemônica:

- Os **preventivistas** por medicina preventiva e contra gastos com saúde curativa.
- Os **publicistas** a favor do emprego de recursos públicos na construção de hospitais e aquisições públicas e para mudanças na forma do pagamento por procedimentos.
- A **igreja** organizada nas pastorais de saúde, defendendo o uso de fitoterapia.
- Os **militantes estudantis, profissionais de saúde e professores universitários**, organizados em experiências de integração docente assistencial, em resistência ao movimento médico privatista.

Em consonância ao movimento da Reforma Sanitária, em nível internacional realizou-se a **em 1978** a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que ficou conhecida como **Conferência de Alma Ata**, cidade da antiga URSS que sediou o evento, onde foram formuladas as bases conceituais e as estratégias de implantação de um modelo de atenção que privilegiava a inclusão, a prevalência, o trabalho em equipe e a participação popular: a Atenção Primária em Saúde (Unicef-BRASIL, 1979).

No Brasil, após o Movimento pelas “Diretas Já” (1983-1984) e a queda do Regime Militar (1985), foi realizada a **8ª Conferência Nacional de Saúde** em 1986, na busca pela legitimação das propostas do movimento sanitário. O evento teve como presidente Sérgio Arouca e pela primeira vez contou com a participação da sociedade organizada, envolvendo desde a presença de movimentos sociais, a associação de portadores de patologias e profissionais da saúde.

A conferência teve como tema **“Saúde: direito de todos, dever do Estado”** e propiciou muitos avanços, destacando-se o chamado Conceito Ampliado de Saúde, que traz a saúde como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde, resultado das formas de organização social da produção, que podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

A saúde não é um conceito abstrato, mas definida no contexto histórico de determinada sociedade em dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1986, p. 4).

Outro produto importante da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi a redação de uma pauta de direcionamentos, que converge para o embate da formação da nova **Constituição Brasileira de 1988**, que nos dois anos que se seguiram, foi acompanhada pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária junto aos deputados de forma que, em 1988, pela primeira vez, numa constituição brasileira, aparecessem artigos a respeito da saúde (do §196 ao §200). **Assegurando a Saúde como direito de todos e dever do Estado e criando o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios universalidade, integralidade, hierarquização e controle social.** O quadro 3 resume os princípios e diretrizes do SUS com expressão do direito de cidadãos brasileiros e deveres do estado.

Unidade 1

Quadro 3. Síntese dos principais princípios e diretrizes do SUS.

Princípios e diretrizes do SUS	Direitos dos cidadãos	Deveres do estado
Universalidade do acesso e igualdade na assistência	Igualdade de todos às ações e aos serviços necessários para a promoção e recuperação de saúde.	<ul style="list-style-type: none">Garantirações e serviços necessários a toda a população, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie, independente da natureza das ações envolvidas, da complexidade e do custo do atendimento.
Integralidade da assistência	Acesso a um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços resolutivos, preventivos e curativos, individuais e coletivos, de diferentes complexidades e custo, que reduzam o risco de doenças e agravos e proporcionem o cuidado a saúde.	<ul style="list-style-type: none">Garantia de condições de atendimento adequado ao indivíduo e a coletividade, de acordo com as necessidades de saúde, tendo em vista as ações de promoção de saúde, a prevenção de doenças e agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.Articulação da política de saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre diferentes áreas cujas ações tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida das pessoas.
Controle social	Participação na formulação, na fiscalização e no acompanhamento da implantação de políticas públicas de saúde nos diferentes níveis de governo.	<ul style="list-style-type: none">Garantia de espaços que permitam a participação da sociedade no processo de formulação e implantação da política de saúde.Transparência no planejamento e na prestação de contas das ações públicas desenvolvidas.
Descentralização, regionalização, hierarquização de ações e serviços de saúde	<ul style="list-style-type: none">Acesso a um conjunto de ações e serviços, localizados em seu município e próximos à sua residência ou ao seu trabalho, condizentes com as necessidades de saúde.Atendimento em unidades de saúde mais distantes, situadas em outros municípios ou estados, caso isso seja necessário para o cuidado à saúde.	<ul style="list-style-type: none">Garantia de um conjunto de ações e serviços que supram as necessidades de saúde da população e apresentem elevada capacidade de resposta aos problemas apresentados, organizados e sugeridos pelos diversos municípios e estados brasileiros.Articulação e integração de um conjunto de ações e serviços, de distintas naturezas, complexidade e custos, situados em diferentes territórios políticos-administrativos.

Fonte: NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008.

SAIBA MAIS

Leia os artigos §196 ao §200 da Constituição Federal que falam a respeito da saúde:

[Clique aqui](#)

Unidade 1

Para que os artigos CF/88 passassem a vigorar, foram aprovadas, em 1990, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90, sendo que a Lei nº 8080, constituindo junto à CF 88 as bases para a regulamentação do SUS.

A Lei 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e sua organização. Já a Lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

SAIBA MAIS

Saiba mais sobre as leis orgânicas da saúde acessando os arquivos na integra:

[Lei 8.080/90](#)

[Lei 8.142/90](#)

A implantação e a organização do SUS vêm acontecendo como processo social em permanente construção, pautado em normativas e pactuações que se dão com o avanço da proposta e com a identificação de novos desafios.

Em 1992, foi realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foi recomendado que se definissem Normas Operacionais Básicas (NOB) para que o SUS começasse a funcionar de fato.

As NOBs definiram quais as competências de cada esfera de governo na implantação do SUS e as condições necessárias para que estados e municípios assumissem as suas novas atribuições e tivessem condições para realizar a sua gestão. Elas definiam também os critérios para repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2011).

A Portaria GM/MS 95 de 26 de janeiro de 2001 cria a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) que instituiu o processo de regionalização na assistência e de Investimentos, introduziu a ideia da organização das redes de assistência, ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e precede os critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2011).

Em 2006, o MS lança um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas do governo: **O Pacto pela Saúde**. Ele tem como objetivo promover inovações nos processos e instrumentos de gestão visando alcançar uma maior eficiência e qualidade das respostas do SUS, ao mesmo tempo que redefine as responsabilidades dos gestores.

Unidade 1

O pacto foi dividido em três grandes dimensões:

- **Pacto pela vida:** compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;
- **Pacto em defesa do SUS:** Expressa os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal.
- **Pacto pela gestão:** Estabelece diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação e Controle Social; Gestão do Trabalho e Educação na Saúde.

SAIBA MAIS

Saiba mais assistindo ao vídeo

“Pacto pela Saúde, pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão - 2006”

A evolução das normativas e pactuações que estruturaram o SUS está representada no quadro 4.

Unidade 1

Quadro 4. A evolução das normativas e pactuações que estruturaram o SUS.

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS	Modelos de atenção	Acordo federativo
1990 a 1994	NOB 91/92	Ausente.	Única forma utilizada: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada.	Ausente.	Negociação em âmbito nacional por meio dos conselhos de Representações dos Secretários Estaduais (Conass) e Municípios (Conasems) e Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
1994 a 1998	NOB 93	Fraca: vinculada às iniciativas e negociações municipais isoladas.	Forma preponderante: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada. Forma residual: transferências em bloco (block grants) segundo definido no teto financeiro.	Definição de responsabilidade sobre algumas ações programáticas e de vigilância (sanitária e epidemiológica) para a condição de gestão mais avançada.	- Negociação em âmbito nacional e estadual, por meio dos Conselhos dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB). - Iniciativas isoladas de consórcios. - Formalização dos acordos intragovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS.
1994 a 1998	NOB 96	Moderada: vinculada às iniciativas e negociações intermunicipais, com participação e mediação da instância estadual (PPI).	- Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada. - Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas.	- Programas de Agentes Comunitários de Saúde / Programa Saúde da Família (Pacs/PSF) - Programa e projetos prioritários para controle de doença e agravo (carências nutricionais, cataratas, varizes, atenção de urgência/emergência, doenças infecciosas, vigilância sanitária, atenção à população indígena).	- Negociação em âmbito nacional e estadual e experiência de negociação regional isoladas (ex: CIB regionais). - Iniciativas isoladas de consórcios. - Formalização dos acordos intragovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS e PPI.

Unidade 1

Período	Principais portarias em vigor	Racionalidade sistêmica	Formas de financiamento federal de ações e serviços descentralizados do SUS	Modelos de atenção	Acordo federativo
2002 a 2003	NOAS 2001/2002	Forte: vinculada às definições do conjunto de ações serviços a serem contemplados nos módulos assistenciais pelo nível federal e às iniciativas e negociações intermunicipais sob coordenação da instância estadual (PPI, Plano Diretor de Regionalização, Plano Diretor de Investimentos).	<ul style="list-style-type: none"> - Forma residual: repasse direto ao prestador segundo produção aprovada. - Forma preponderante: transferências segmentadas em várias parcelas por nível de atenção à saúde, tipo de serviço e programas incluindo a definição de referências intermunicipais. 	<p>Manutenção dos dispositivos anteriores e:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definição das responsabilidades mínimas e conteúdo para a Atenção Básica. - Redefinição de procedimentos da atenção de média complexidade. - Redefinição de procedimentos da atenção de alta complexidade. - Criação de protocolos para assistência médica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Negociação em âmbito nacional e estadual e experiência de negociação regional isoladas (ex: CIB regionais). - Iniciativas isoladas de consórcios. - Formalização dos acordos intragovernamentais por meio do processo de habilitação às condições de gestão do SUS, da PPI e de experiências de contrato de gestão isoladas. - Implantação de mecanismos de avaliação de resultados (Agenda da Saúde, Pacto de Atenção Básica).

Unidade 1

Finalizando seu estudo sobre os principais marcos legais na constituição do Sistema de Saúde Brasileiro, outro momento importante no SUS foi a publicação do Decreto 7.508/2011, em 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, dispondo, principalmente, sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Seu foco principal está na organização das redes de atenção do SUS e na apresentação do sistema em si para responder às atuais necessidades do sistema de saúde pública brasileiro. O Decreto trouxe maior clareza acerca dos conceitos essenciais ao sistema: regionalização, hierarquização, região de saúde, articulação interfederativa, protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, contratos entre entes públicos, comissões intergestores. Além de oficializar a Atenção Primária como porta de entrada preferencial do SUS e ordenadora do acesso aos serviços.

SAIBA MAIS

Pacto pela Saúde: [Clique aqui](#)

Decreto 7508: [Clique aqui](#)

RESUMO

A ideia central desta unidade foi apresentar as diferentes concepções de saúde-doença que podem orientar a clínica, as ações e as práticas na ABS. A partir de seus estudos, você pôde reconhecer relações entre os diferentes modos de ver saúde e a influência disso nas suas práticas.

Você também compreendeu as diferenças entre modelo Biomédico e da Integralidade, o que você precisa fazer para implementar ações integradas em saúde para transformar sua realidade e o processo histórico de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

A seguir, na Unidade de Aprendizagem 2, estudaremos sobre a Atenção Básica à Saúde e as estratégias utilizadas no Brasil para implementá-la.

RECOMENDAÇÃO DE LEITURA COMPLEMENTAR

Sobre a evolução histórica do conceito de saúde-doença:

BARATA, R. de C. B. A historicidade do conceito de causa. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p. 1-22.

SCLIAR, M. Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública. Porto Alegre: L & PM, 1987.

Sobre integralidade e equidade:

SILVA, C. M. Equidade e promoção da saúde na estratégia saúde da família: desafios a serem enfrentados. Rev ABS, v.11, p. 451-458, out./dez., 2008.



Unidade 2

Atenção Básica em Saúde

Atenção Básica em Saúde

OBJETIVO DA APRENDIZAGEM

Nesta Unidade abordaremos o conceito de Atenção Básica à Saúde (ABS) e os atributos que o sustentam. Também apresentaremos a estratégia de implementação da Atenção Básica no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF).

1. Atenção Básica à Saúde (ABS)

Antes de qualquer descrição sistemática da Estratégia Saúde da Família, seria prudente categorizar o conceito em que essa atividade se localiza, a ABS. O termo é uma tradução habitual do que a língua inglesa chamou de *Primary Care*. Entretanto, parece que nem Atenção Básica da Saúde, nem Atenção Primária da Saúde expressam a essência do significado. Atenção Ampliada da Saúde, Atenção Integral da Saúde, também são expressões que não caracterizam fielmente seus sentidos. Claro que não há consenso. Mas, sobretudo, por respeito à forma como o MS tem tratado o assunto, assumiremos, a ABS como expressão do que desenvolveremos a seguir.

A imagem de ABS está intrinsecamente relacionada com aqueles princípios que entendem saúde-doença como processo determinado socialmente. Não nega os condicionantes ecológico-ambientais, mas entende-os como hierarquicamente subjugados à forma como nossa sociedade se organiza. Tão pouco nega os desencadeadores etiológicos, mas situam-nos como componentes dos condicionantes e esses como servis do determinante social.

Vale ressaltar que existem diferentes formas de pensar ABS. Existe, por exemplo, a ABS seletiva que se caracteriza basicamente por programas de impacto a comunidades específicas. Um exemplo poderia ser o Programa de Terapia de Reidratação Oral em região com alta mortalidade por doença diarreica. Também seria considerada ABS seletiva um programa de Saúde Indígena. Outra forma de ver a ABS é como um nível de atenção à saúde. Em geral nível eleito como o primeiro contato dos indivíduos com o sistema de saúde que resolve um elevado número de problemas de saúde com aporte tecnológico ínfimo, centrado no atendimento clínico, ou seja, centrado nas doenças mais comuns, no indivíduo e na figura do médico (ABS Clássica).



A construção da ABS que se pretende com o SUS não se afina com nenhum desses dois modelos. Estamos nesse momento assumindo integralmente os princípios da terceira forma de se conceber a ABS, assumida como estratégia de organização/ orientação do sistema ao que definiremos ABS ampliada, orientada à comunidade.

Que fique bem claro, também, que, quando nos referimos à comunidade, estamos assumindo que nela há famílias e nessas famílias existem pessoas. Comunidade tem vida, pulsa. Esse posicionamento, apesar de ser político, tem uma base epistemológica, e está profundamente relacionado com uma visão de mundo e, conseqüentemente, com uma concepção saúde-doença.

Unidade 2

Existem várias opções teóricas que poderiam ser usadas como pontos de partida para definir os princípios da ABS. Mas, aqui, estamos falando da ABS ampliada, orientada à comunidade.

De acordo com o Ministério da Saúde a Atenção Básica é considerada a porta de entrada preferencial do SUS. Possui um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumpre um papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e efetivação da integralidade (BRASIL, 2017).

A ABS no Brasil se orienta pelos princípios (BRASIL, 2012):

- Universalidade;
- Acessibilidade e coordenação;
- Vínculo e continuidade,
- Integralidade;
- Responsabilização;
- Humanização;
- Equidade;
- Participação social.

Vamos pautar nossa explanação no princípio de que a ABS está orientada para a comunidade e a ela deve ser servil. Nesse contexto, a ABS entende usuário não como um ser individual, mas inserido num contexto familiar e em uma comunidade. A expressão comunidade carrega em seus sentidos estruturas complexas como a cultura e suas representações: grupos sociais, etnias, religiões, saberes, identidades, micropoderes, modos de vida, relações no trabalho, formas particulares de organização, distribuição de renda, educação, características ambientais, entre outros.

Cabe à equipe de ABS a adscrição dos usuários e a sistematização do conhecimento da prevalência dos problemas comunitários e do arsenal que a comunidade dispõe para seus enfrentamentos. A aplicação de métodos epidemiológicos favorece o reconhecimento dos problemas comunitários, bem como suas relações causais e de determinação, colaborando com o planejamento local de saúde.

A participação democrática dos usuários do sistema nos processos decisórios, como nos Conselhos Municipais de Saúde, Conselhos Locais de Saúde (CLS), Assembleias, reuniões com os usuários, entre outros, são categorias que insinuem a participação social, premissas da orientação comunitária de uma ABS ampliada. Mas, seria a participação nos conselhos locais de saúde a única forma de participação social?



É importante que se diga que a simples elaboração de um CLS não assegura a construção de uma nova cidadania, mas podemos entender o seu papel como algo mais significativo do que ser unicamente um instrumento regulador. O CLS deve ser visto como um potente instrumento de planejamento, de ouvidoria, de corresponsabilização e de democracia participativa.

2. Atributos da ABS

A autora Barbara Starfield (2004) conceituou a ABS a partir da sistematização dos seus quatro **atributos**: Primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

a) Primeiro Contato

Os serviços de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde são conhecidos como “porta de entrada”, e pressupõem a *acessibilidade e uso do sistema*. Ou seja, a porta de entrada deve garantir o acesso facilitado ao serviço a cada novo problema de saúde.

Atributo – É aquilo que é próprio ou peculiar de alguma coisa, que confere propriedade, qualidade. Símbolo.

A acessibilidade deve ser inerente à organização dos sistemas de saúde, *já que a sua ausência faz com que a população não obtenha atenção adequada, ou que ela seja adiada, acarretando prejuízos à saúde e gastos adicionais* (STARFIELD, 2004).

A ABS deve ser acessível a todos. Universalidade é a garantia legal, o direito à atenção à saúde, já acessibilidade é a facilitação dos fluxos ao direito da universalidade.

De acordo com Starfield (2004) a maximização do acesso para uma fonte de atenção primária é um ponto muito importante. Vários estudos indicam que há muitas vantagens quando a primeira consulta é realizada por profissionais com abordagem generalista, tais como: melhores resultados na resolução dos problemas de saúde da população, menores custos para o sistema, menor incidência de doenças iatrogênicas e resultados falsos positivos.

Partindo-se do princípio da Universalidade, espera-se que a ABS seja a porta de entrada do SUS. A partir da adscrição do usuário é possível fazer o acompanhamento de suas demandas de saúde e situações de agravos. A ideia de porta de entrada funciona como uma referência de cuidado para o usuário. É na sua comunidade, na sua Unidade Básica de Saúde (UBS), na sua equipe de saúde, que ele busca “abrigo” quando precisa. Essa referência é necessária, mesmo porque o usuário não conhece os fluxos do sistema de saúde.

b) A longitudinalidade

A longitudinalidade, que muitas vezes é inapropriadamente chamada de continuidade, refere-se ao conjunto de mecanismos estabelecidos e necessários no cuidado à população de referência durante o período em que está sob responsabilidade da ABS, que dá uma dimensão de transversalidade na relação entre a equipe de saúde e o usuário do sistema.

Melhor dizendo, longitudinalidade implica em uma relação de corresponsabilização de atenção aos indivíduos em seus ciclos de vida (eixo temporal), quer seja na proteção e promoção da saúde, ou no tratamento de suas demandas clínicas (eixo processo saúde-doença).

Unidade 2

Conforme Starfield (2004), “a essência da longitudinalidade é uma relação pessoal ao longo do tempo, independente do tipo de problemas de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde, entre um paciente e uma equipe de saúde”. Essa relação, por consequência, gera vínculo, responsabilização, confiança e otimização da resolubilidade.



Você pode estar se perguntando: longitudinalidade, vínculo, segmento em certo espaço de tempo? Como resolver isso se as relações trabalhistas na ESF são tão frágeis e a rotatividade é tão grande? Para um profissional de saúde se estabelecer em uma comunidade, além de gostar muito do que faz e entender que aquela opção profissional tem relação com a concepção de mundo que ele carrega, deve ter uma relação trabalhista que implique vínculos fortes e um bom salário, além de boas condições logísticas de trabalho.

c) Integralidade

A integralidade é o principal eixo do modelo de atenção pautado na ABS ampliada, conforme já discutido. Ela exige que a ABS reconheça a variedade completa das necessidades relacionadas à saúde dos indivíduos e disponibilize os recursos necessários para abordá-las (STARFIELD, 2004).

A ABS deve ser o ponto de entrada para atenção à saúde individual, da responsabilização continuada e é o nível de atenção que permite melhor interpretar os problemas apresentados num contexto histórico e meio social (STARFIELD, 2004).

Dessa forma, entende-se que as unidades de ABS devem se organizar para que o usuário receba todos os tipos de serviços de saúde que precisar, mesmo que não possam ser oferecidos dentro dela, incluindo os encaminhamentos para os níveis de média e alta complexidade.

d) Coordenação do Cuidado

A coordenação do cuidado, tratada por Starfield (2004) como sinônimo de integração, pode ser definida como a articulação entre os diversos profissionais, serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum (ALMEIDA; GIOVANELLA; NUNAN, 2012).

A essência da coordenação do cuidado é a disponibilização de informações a respeito dos problemas e serviços anteriores e o reconhecimento da mesma, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento. Ou seja, ela requer alguma forma de continuidade, seja por parte dos profissionais ou por parte dos prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas (STARFIELD, 2004).

Um problema de saúde detectado em consultas anteriores ou numa consulta com especialistas deveria ser avaliado nas consultas subsequentes. Esse acompanhamento será facilitado se o usuário for atendido diversas vezes pelo mesmo profissional ou se houver um prontuário médico que esclareça o problema (STARFIELD, 2004). Portanto cabe à equipe da ABS à qual o indivíduo está adscrito, a responsabilidade dessa coordenação.

3. ABS: Por quê? Para quê?

Existem estudos que concluem que países com desenvolvimento econômico semelhantes podem ter indicadores sanitários diferenciados, sustentado-se na premissa de ter ou não um Sistema Nacional de Saúde baseado na ABS. Outros resultados também são encontrados: menor gasto per capita em saúde; maior grau de satisfação do usuário; menor quantidade de medicamentos consumidos.

Pesquisas mostram que quanto maior a proporção de médicos de ABS por população, melhores são as chances de vida, independentemente do efeito de outros fatores de influência como a renda per capita (STARFIELD, 2004, p. 533).

Observa-se que, apesar da importância do determinante social e dos condicionantes ecológico-ambientais no desencadeamento nos processos de adoecimento, a ABS pode dar uma resposta satisfatória aos indicadores de saúde.

A ABS pode promover (BRASIL, 2012):

- **Menor taxa de mortalidade pós-natal.**
- **Melhor sobrevivência à meningite bacteriana.**
- **Menores taxas de hospitalização por complicações por diabetes.**
- **Menores índices de gravidez na adolescência.**
- **Maior cobertura vacinal.**
- **Maior expectativa de vida.**
- **Maior disponibilidade de tratamento efetivo.**

Entende-se, assim, que os argumentos para organizar um Sistema Nacional de Saúde baseado na ABS são convincentes. E o que o Brasil tem a ver com isso? E a Estratégia Saúde da Família? Veremos no próximo tópico.

4. Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família é a opção operacional de implantação e consolidação da Atenção Básica no Brasil, no âmbito do SUS. Inicialmente foi criado em 1994 e chamado de Programa Saúde da Família (PSF). O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi antecessor do Programa de Saúde da Família (PSF), lançado em 1991 para se configurar no cenário nacional como um potencial integrador da política pública governamental. Houve nesse período a multiplicação das equipes no Brasil, tendo as premissas do SUS como base, juntamente aos princípios de Atenção Básica/Saúde da Família, que deveria contemplar: o trabalho com promoção da saúde, acolhimento, visitas domiciliares, trabalho em equipes multidisciplinares, educação em saúde, alta resolubilidade. É o SUS rumo à universalidade e à equidade (BRASIL, 1997).

Unidade 2

Para que se possa exercer a **equidade**, é preciso que existam ambientes favoráveis, acesso a informação, acesso a experiências e habilidades na vida, assim como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia. O contrário de equidade é iniquidade, e as iniquidades no campo da saúde têm raízes nas desigualdades existentes na sociedade.

No vocabulário do SUS, equidade diz respeito aos meios necessários para se alcançar a igualdade, estando relacionada com a ideia de justiça social. Condições para que todas as pessoas tenham acesso aos direitos que lhes são garantidos.

Idealizado para atender ao princípio da equidade, com indicativo de implantação em regiões bolsões de

pobreza, com atividades voltadas às mulheres, gestantes e crianças, nos moldes da APS seletiva, o PSF aos poucos foi mudando de configuração. Deixou de ter as limitações de um programa focal, setorial e expandiu limites, mudou a forma de ver o cuidado em saúde, reorganizou a Atenção Básica e consolidou os princípios do SUS, portanto não poderia mais ser assumido como um programa. Por esse motivo, o Ministério da Saúde promoveu a mudança de programa para estratégia, com todas as implicações que essa mudança abrange. Em um documento de 1997, o PSF passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 1997).

Em 2006, o Ministério da Saúde aprovou a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica mediante a Portaria nº 648, de 28 de março. Em 2011, a PNAB 2006 foi atualizada pela Portaria Ministerial GM/MS nº 2488, de 2011, que lançou inovações, mantendo a essência do documento anterior e reafirmando o significado da ABS. Já em 2017, a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, disposta no anexo XXII da Portaria de Consolidação nº2 de 28 de setembro de 2017, revogou a PNAB 2011 trazendo consigo importantes mudanças para o ESF. Através desse documento, o Ministério da Saúde define a Atenção Básica como:

“Um 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”.

Para que possa cumprir com o seu papel, a Atenção Básica precisa ter alta resolubilidade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Para tal, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente (BRASIL, 2017).

A PNAB (2017) define as modalidades de equipes de profissionais de saúde, responsáveis por desenvolver as atividades no âmbito da ABS no país:

Unidade 2

1. Equipe de saúde da família (eSF);
2. Equipe da Atenção Básica (eAB);
3. Equipes de Saúde bucal (eSB);
4. Núcleo Ampliado à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB);
5. Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas.

Equipe de Saúde da família (eSF) e Equipe de Atenção Básica (eAB)

As **Equipes de Saúde da Família (eSF)** são a estratégia prioritária de atenção à saúde, com o objetivo de fazer a reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017).

As eSF deverão ser compostas minimamente por: médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Poderão também compor as equipes o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.

Para as eSF há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas uma equipe de Saúde da Família, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) vigente.

A PNAB 2017, prevê também uma segunda modalidade de equipe chamada **Equipe da Atenção Básica (eAB)**, que possui o mesmo status e responsabilidades das eSF.

As eAB deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem e ou técnicos de enfermagem e a gestão municipal poderá compor as eAB de acordo com características e necessidades do município.

A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas, com no máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais. A distribuição da carga horária dos profissionais é uma responsabilidade do gestor municipal, que deve realizá-la considerando o perfil demográfico e epidemiológico local. O quadro 5 faz uma comparação entre a composição das equipes e a carga horária das eSF e eAB.

Unidade 2

Quadro 5. Composição e carga horária dos profissionais que compõem as eSF e eAB.

eSF	eAB
Composição mínima: Médico Enfermeiro Auxiliar e/ou técnico de enfermagem Agente comunitário de saúde (ACS) Carga horária dos profissionais: Quarenta horas semanais para todos os profissionais de saúde, ou seja, vinculação em apenas uma eSF no SCNES.	Composição mínima: Médico Enfermeiro Auxiliar e/ou técnico de enfermagem Carga horária dos profissionais: Carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 horas, com no máximo de três profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.

Fonte: BRASIL, 2017.

A PNAB recomenda que a população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) seja de 2.000 a 3.500 pessoas, dentro do seu território de atuação, essa proporção é muito importante a fim de garantir o cumprimento dos princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, conforme as vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, o gestor municipal pode, conjuntamente com os profissionais que atuam na Atenção Básica e o Conselho Municipal ou Local de Saúde, definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado. Fica estipulado que a proporção entre o número de equipes e a população adscrita não deve ser superior a 1 equipe para 2000 habitantes.

Em relação aos ACS, ressalta-se que ele é obrigatório nas eES. Suas atividades devem ser planejadas a partir das necessidades do território, de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos. Em áreas de dispersão territorial, **áreas de risco** e **vulnerabilidade social** recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017).

Risco: Para a epidemiologia, significa a probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo, óbito, condição relacionada à saúde em uma população ou grupo durante um período de tempo determinado. Tem caráter analítico (NICHATA et al., 2008).

Vulnerabilidade: Está relacionada a aspectos individuais e coletivos relacionados a maior suscetibilidade de indivíduos e comunidades a um adoecimento ou agravo e, de modo inseparável, menos disponibilidade de recursos para sua proteção (NICHATA et al., 2008; JANCZURA, 2012).

Unidade 2

Equipe de saúde bucal (eSB)

Modalidade de equipe que pode atuar na Atenção Básica, composta por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal. AS eSBs devem ser sempre vinculadas uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito.

Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

O NASF-AB é uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais da saúde complementares a aqueles que compõem as equipes atuantes na Atenção Básica. É formado por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde que devem atuar com base no território e de maneira integrada com eSF e eAB, para dar suporte (clínico, sanitário e pedagógico) a esses profissionais (BRASIL, 2017).

Atualmente, podem ser implantados NASF-AB nas Modalidades Federais I, II e III, com uma composição que deve ser definida – dentre as categorias profissionais permitidas – a partir da realidade sanitária dos territórios a que estarão vinculados, bem como da consideração das principais dificuldades vivenciadas pelas equipes de SF em seu cotidiano de trabalho, conforme representado no quadro 6.

Quadro 6. Modalidades dos NASF-AB.

Modalidade	Número de equipes vinculadas	Somatória das Cargas Horárias Profissionais*
NASF 1	5 a 9 eSF e/ou eAB para populações específicas (Equipe consultório na rua, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 200 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 80h de carga horária semanal.
NASF 2	3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (Equipe consultório na rua, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 120 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal
NASF 3	1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (Equipe consultório na rua, equipe ribeirinha e fluvial)	Mínimo 80 horas semanais. Cada ocupação deve ter, no mínimo, 20h e, no máximo, 40h de carga horária semanal.

*Nenhum profissional pode ter carga horária menor que 20 horas;

Fonte: BRASIL, 2017.

Cada núcleo deve ter sua composição definida pela gestão municipal a partir de um elenco de profissões da área da saúde, diferindo das equipes eSF e eAB que tem composição fixa. São elas: Assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2017).

Unidade 2

Equipes de Atenção Básica para populações específicas

Todos os profissionais do SUS, especialmente da Atenção Básica, são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde diferenciadas. Porém, em algumas realidades, ainda é possível e necessário dispor, de equipes adicionais para realizar as ações de saúde, no âmbito da atenção Básica, às populações específicas (BRASIL, 2017):

- Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF);
- Equipe de Consultório na Rua (eCR);
- Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP).

SAIBA MAIS

Acesse a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, no anexo XXII e conheça nova Política Nacional de Atenção Básica.

[Clique aqui](#)

Unidade 2

Atribuições dos profissionais na Atenção Básica

Dentre as atribuições comuns a todos os profissionais que atuam na Atenção Básica podemos citar (BRASIL, 2017):

- Participar do processo de territorialização e cadastramento das famílias.
- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita;
- Realizar reuniões de equipes para planejar, monitorar e avaliar as ações em saúde, visando à readequação do processo de trabalho.
- Realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos, procedendo a primeira avaliação técnica (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade), conforme previstas nas prioridades e protocolos da gestão local.
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local.
- Manter a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde.
- Garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atenção Básica.
- Realizar ações de educação popular e educação permanente.
- Mobilizar a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social.
- Potencializar ações interdisciplinares e intersetoriais.

É importante que você pense na realidade da área territorial de abrangência de sua UBS e compare com as diretrizes e os parâmetros de organização da ESF preconizados na PNAB 2017, buscando refletir sobre as fragilidades presentes no seu cotidiano e as potencialidades possíveis de serem acionadas para a transformação dessa realidade.

SAIBA MAIS

No site do MS, você pode encontrar, além das atribuições comuns à equipe, aquelas relativas a cada categoria profissional e as novas portarias relacionadas à AB. A leitura é fundamental para que você cumpra efetivamente a sua parte. Vá lá! Acesse: [Clique aqui](#)

RESUMO

Com este estudo, esperamos propiciar a reflexão sobre a evolução das políticas públicas no Brasil, especialmente a construção do SUS e a identificação da ABS como atual organização do sistema de saúde.



Contextualizando o conhecimento:

Você conhece seus usuários como pessoas ou somente como alguém com um problema de saúde? Quando o problema de seu usuário é identificado, você garante a resolução do mesmo na ABS ou fornece informações necessárias (faladas ou escritas) para a coordenação do cuidado pelos demais serviços?

SUGESTÃO DE LEITURA

STARFIELD, B. **Atenção primária e sua relação com a saúde. Brasília:** UNESCO - Ministério da Saúde, 2004.



CONCLUSÃO DO CURSO

Parabéns! Você concluiu o curso “A concepção de saúde e a organização da AB”!

Neste curso discutimos as concepções de saúde-doença possíveis que embasam as práticas sanitárias contemporâneas. Entendemos que qualquer ação em saúde está diretamente relacionada com uma concepção de saúde.

Conhecemos quatro concepções que orientam diferentes maneiras de fazer saúde:

- O modelo higienista-preventivista (multicausalidade),
- O modelo social (determinação social do processo saúde-doença),
- O modelo biológico (unicausalidade)
- O modelo pautado na integralidade (ações integrais em saúde).

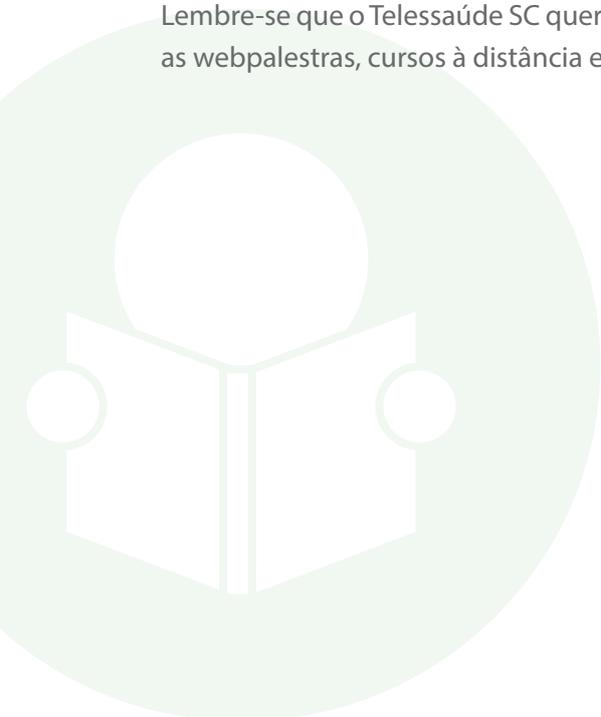
Concluimos que o modelo pautado na integralidade é o mais adequado à concepção de saúde e os princípios preconizados pelo SUS.

A Atenção Básica é apontada como uma estratégia de organização do SUS a partir do modelo pautado na integralidade.

Discutimos também os atributos da Atenção Básica (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado), bem como as vantagens de se estruturar um sistema nacional de saúde tendo como eixo a ABS nessa perspectiva.

Esperamos que você tenha gostado do curso e que as reflexões que fizemos juntos aqui possam te auxiliar a repensar e qualificar seu trabalho no SUS.

Lembre-se que o Telessaúde SC quer apoiá-lo neste desafio e que, para isso, oferta diversos serviços como as webpalestras, cursos à distância e as teleconsultorias.



Referências Bibliográficas

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**. v. 36, n. 94, p. 375-391, set. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Brasília: Conass, 2011. 534 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 153 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, 28 set. 2017. Anexo XXII.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36 p.

CUTOLO, L. R. A. **Estilo de Pensamento em Educação Médica: um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC**. 2001. 227 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Educação, Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CUTOLO, L. R. A. **Introdução temática à APS. Unidade 2**. [Recurso eletrônico]/ Universidade Federal de Santa Catarina, Telessaúde SC, Florianópolis : UFSC, 2009.

CUTULO, R. L. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 35, n. 4, p.16-24, 2006.

CZERESINA D.; FREITAS, C. M. (Org). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.39-53.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: Do império ao desenvolvimento populista. In: Giovanella, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.743-752, 2009.

JANCZURA, R. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p.301-308, ago./dez. 2012.

LOBATO L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: Origens, componentes e dinâmica In: Giovanella, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 107-140.

MAEYAMA, M. A.; CUTOLO, L. R. A. As concepções de saúde e suas ações consequentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v.39, n.1, p.89-96, 2010.

MATUS, C. **O Plano como Aposta. São Paulo em perspectiva**. v.5, n.4, p.28-42 out/dez. 1991. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v05n04/v05n04_07.pdf

MENDES, E. V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

NICHIATA, L. Y. I. et al. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 16, n. 5, p. 923-928, set./out. 2008.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde. In: Giovanella, L. et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p.71-88, 1999.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco Brasil, 2004. 726 p.

UNICEF-BRASIL. **Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1979.

VERDI, M., DA ROS, M., CUTOLO, L. R. **Saúde e sociedade** [Recurso eletrônico]/ Universidade Aberta do SUS, Florianópolis: UFSC, 2010.