

Paulo Sávio Fontenele Magalhães  
Thereza Maria Magalhães Moreira  
Karen Lopes Cunha  
Charles Pierry Nobre Ferreira  
Raimundo Anderson Silva de Oliveira  
(ORGANIZADORES)

# Políticas de Saúde no Século XXI

 **AMPLLA**  
EDITORA

  
**MEPGES**  
Mestrado Profissional em  
Gestão em Saúde

# **Políticas de Saúde no Século XXI**



**PAULO SÁVIO FONTENELE MAGALHÃES**  
**THEREZA MARIA MAGALHÃES MOREIRA**  
**KAREN LOPES CUNHA**  
**CHARLES PIÉRRY NOBRE FERREIRA**  
**RAIMUNDO ANDERSON SILVA DE OLIVEIRA**  
(ORGANIZADORES)

# **Políticas de Saúde no Século XXI**

Campina Grande  
2024

**Políticas de Saúde no Século XXI**  
© 2024 Copyright by Autores  
Impresso no Brasil / Printed In Brazil  
Todos os direitos reservados ao Autor

Projeto gráfico e capa:  
Luiz Carlos Azevedo

**Catálogo na publicação**  
**Elaborada por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166**

P769

Políticas de saúde no Século XXI / Organização de Paulo Sávio Fontenele Magalhães, Thereza Maria Magalhães Moreira, Karen Lopes Cunha, et al. – Campina Grande/PB: Ampla, 2024.

Outros organizadores: Charles Piéry Nobre Ferreira, Raimundo Anderson Silva de Oliveira.

Livro em PDF

ISBN 978-65-5381-255-0

DOI 10.51859/ampla.pss550.1124-0

1. Política de saúde - Brasil. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Atenção primária à saúde. I. Magalhães, Paulo Sávio Fontenele (Organizador). II. Moreira, Thereza Maria Magalhães (Organizadora). III. Cunha, Karen Lopes (Organizadora). IV. Título.

CDD 362.10981

Índice para catálogo sistemático

I. Política de saúde - Brasil

# SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1 – POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO EM SAÚDE:</b>	
<b>DESAFIOS REGIONAIS NA DESCENTRALIZAÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<i>Adriano Rodrigues de Souza; Anísia Ferreira de Lima; Evandir Florêncio Medeiros; Francisca Eridan Fonteles Albuquerque; Lídia Andrade Lourinho; Raquel Tavares Nobre de Freitas; Sandra Ferreira Cordeiro; Thereza Maria Magalhães Moreira; Virna Ribeiro Feitosa Cestari</i>	
<b>CAPÍTULO 2 – POLÍTICA DE DESCENTRALIZAÇÃO EM SAÚDE:</b>	
<b>A DINÂMICA DA GOVERNANÇA TRIPARTITE .....</b>	<b>23</b>
<i>Adriano Veras Oliveira; Ana Lindaura Callou Augusto; Francisco Nilson Maciel Mendonça Filho; Geziel dos Santos de Sousa; Hobbyson Amora Cabral; Lídia Andrade Lourinho; Márcio de Oliveira Mota; Maria Salete Bessa Jorge; Raiane Souza Saraiva; Thereza Maria Magalhães Moreira</i>	
<b>CAPÍTULO 3 – POLÍTICA DE FINANCIAMENTO EM SAÚDE.....</b>	<b>36</b>
<i>Antônio Augusto Ferreira Carioca; Cícera Tavares de Lucena; Cora Franklina do Carmo Furtado; Daniele da Silva Araújo; Edypo de Sousa Carlos; Gandavya Aguiar Machado Diniz; Isadora Macedo Lima da Assunção; Maria Salete Bessa Jorge; Virna Ribeiro Feitosa Cestari</i>	
<b>CAPÍTULO 4 – POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:</b>	
<b>EFETIVIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>	<b>53</b>
<i>Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante; Andréa de Sousa Quintela; Antonio Rodrigues Ferreira Júnior; Fernando Nogueira Cavalcante; Helena Alves de Carvalho Sampaio; Helena Alves de Carvalho Sampaio; Lídia Andrade Lourinho; Maria Luciana de Almeida Lima; Sabrina Montenegro Cruz; Willan Nogueira Lima</i>	
<b>CAPÍTULO 5 – POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: A RELAÇÃO ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA .....</b>	<b>74</b>
<i>Adriano Rodrigues de Souza; Antonio Rodrigues Ferreira Júnior; Aristides Araújo Torres; Cora Franklina do Carmo Furtado; Friedrich Engels Guedes Monteiro; Helena Alves de Carvalho Sampaio; Maria Waldenora Pereira; Mariana Pinheiro de Marchi; Raquel Sampaio Florêncio; Sílvia Vasconcelos Silva; Thereza Maria Magalhães Moreira</i>	

**CAPÍTULO 6 – POLÍTICA DE SAÚDE SUPLEMENTAR: DESAFIOS NA  
REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR ..... 88**

*Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard; Indara Cavalcante Bezerra; Kelcione Pinheiro Lima Joter; Lisiane Melo de Carvalho; Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira; Maria Salete Bessa Jorge; Marília Félix Apolônio; Suellen Cavalcante de Sousa Vale; Thais Cavalcante Rabelo; Virna Ribeiro Feitosa Cestari*

**CAPÍTULO 7 – POLÍTICA DE SAÚDE SUPLEMENTAR: ACESSO E  
SUSTENTABILIDADE..... 104**

*Adriano Rodrigues de Souza; Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante; Antonio Rodrigues Ferreira Júnior; Fernanda Costa de Mesquita Souza; Igor Fernandes M. Gomes do Nascimento; Itatiaia Fernandes Barbosa; Jacira Alves Eduardo; Jacques Eanes Esmeraldo Melo; Júlio César Gomes da Silva; Raquel Sampaio Florêncio; Thereza Maria Magalhães Moreira; Valter Cordeiro Barbosa Filho*

**CAPÍTULO 8 – POLÍTICA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE:  
INOVAÇÃO NA GESTÃO DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS ..... 117**

*Antônia Araújo Firmo Tereza; Antonio Rodrigues Ferreira Júnior; Carolina Nápoles M. Filgueira de Sá; Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard; Juliana Campos da Silva; Lucas de Sousa Ribeiro; Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira; Paulo Henrique Silva Rodrigues; Thereza Maria Magalhães Moreira*

**CAPÍTULO 9 – POLÍTICA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À SAÚDE:  
DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO..... 136**

*Andrea Caprara; Antônio Bruno Sampaio Freitas; Charles Piérry Nobre Ferreira; Glenda Lara Marques Fernandes; Jairo de Carvalho Santos; Júlio César Gomes da Silva; Karlos Ulysses Timbó da Costa; Paulo Sávio Fonteneles Magalhães; Virna Ribeiro Feitosa Cestari*

**CAPÍTULO 10 – POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER: DESAFIOS  
CONTEMPORÂNEOS..... 155**

*Diego Antunes Silveira; Geziel dos Santos de Sousa; Mirlene Souza Santos Soares; Thereza Maria Magalhães Moreira; Wellington Alencar da Silva*

<b>CAPÍTULO 11 – POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER: ATENÇÃO À SAÚDE REPRODUTIVA</b> .....	177
<i>Ana Kézia Cunha de Queiroz Araújo; Ana Paula Pires; Camila de Fátima dos Anjos Tavares de Miranda; Clarice Maria Araújo Chagas Vergara; Deborah Cristina Silva Queiroz Alves; Karen Lopes Cunha; Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira; Paulo Sávio Fonteneles Magalhães; Thereza Maria Magalhães Moreira</i>	

<b>CAPÍTULO 12 – POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: PERSPECTIVAS PÓS-REFORMA PSQUIÁTRICA</b> .....	191
<i>Adriano Rodrigues de Souza; Andrea Cavalcante Macedo; Eric Victor Martins Pires; Francisco das Chagas Dourado de Barros; Maria Salete Bessa Jorge; Paulo Sávio Fonteneles Magalhães; Raimundo Anderson Silva de Oliveira; Thereza Maria Magalhães Moreira; Zózimo Luis de Medeiros Silva</i>	

<b>CAPÍTULO 13 – POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL: DESAFIOS DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL</b> .....	216
<i>Adlene Faustino Advincula; Fernanda Costa de Farias Pinto; Lídia Andrade Lourinho; Márcio de Oliveira Mota; Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira; Pamela Kethenly Misquita de Castro; Sâmia Assunção de Oliveira; Thereza Maria Magalhães Moreira</i>	

<b>CAPÍTULO 14 – POLÍTICA DE PREVENÇÃO, ATENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: AVANÇOS E OBSTÁCULOS</b> .....	228
<i>Ana Alice Fernandes de Castro Falcão; Andrea Caprara; Clarice Maria Araújo Chagas Vergara; Gardênia Maria Oliveira Alves; Geziel dos Santos de Sousa; Maria Josane Pereira; Rita de Cassia do Nascimento Leitão; Soraia Rolim Caldas; Thereza Maria Magalhães Moreira; Virna Ribeiro Feitosa Cestari</i>	

<b>CAPÍTULO 15 – POLÍTICA DE PREVENÇÃO, ATENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UM ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b> .....	250
<i>Antônio Augusto Ferreira Carioca; Antonio Rodrigues Ferreira Júnior; Camila de Araújo Bezerra; Karine Pacheco Barbosa; Luana Christina de Barros Coelho Bomfim; Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira; Maria da Conceição Moura de Oliveira Lima; Maria Eliana Peixoto Bessa; Paula Andrea Rebouças Leite; Raquel Sampaio Florêncio; Thereza Maria Magalhães Moreira</i>	

<b>CAPÍTULO 16 – POLÍTICA DE LEGISLAÇÃO DO SUS</b> .....	294
<i>Cora Franklina do Carmo Furtado; Francisco Sonyanderson da Silva; Gerson Bruno Soares; Isabel Cristina Veras Aguiar; Lídia Adrade Lourinho; Tereza Galgany Gomes Tavares; Valter Cordeiro Barbosa Filho</i>	
<b>CAPÍTULO 17 – CASOS E ÓBITOS EM QUATRO ONDAS EPIDEMIOLÓGICAS DE COVID-19 EM FORTALEZA-CE</b> .....	306
<i>Caroline Monique Rego Chagas Dantas; Paulo Sávio Fontenele Magalhães; Thereza Maria Magalhães Moreira</i>	
<b>CAPÍTULO 18 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: ORIGENS, EVOLUÇÃO HISTÓRICA, CONTEXTO ATUAL E PERSPECTIVAS FUTURAS</b> .....	318
<i>Aline Pereira de Queiroz Magalhães; Charles Piérry Nobre Ferreira; Karen Lopes Cunha; Paulo Sávio Fontenele Magalhães; Raimundo Anderson Silva de Oliveira</i>	

*Adriano Rodrigues de Souza; Anísia Ferreira de Lima; Evandir Florêncio Medeiros;  
Francisca Eridan Fonteles Albuquerque; Lúdia Andrade Lourinho; Raquel Tavares  
Nobre de Freitas; Sandra Ferreira Cordeiro; Tereza Maria Magalhães Moreira;  
Virna Ribeiro Feitosa Cestari*

## INTRODUÇÃO

É consenso que na década de 80 as políticas sociais sofreram várias mudanças e somente com a promulgação da Constituição Federal de 1988 a política de descentralização foi estabelecida, face a um governo autoritário e centralizador (LUZ et al., 2020).

Nota-se que a trajetória de descentralização ocorreu gradualmente, sua regulamentação se deu aos anos 90 e as normatizações para esse processo foram editadas e substituídas ao longo dos tempos (PI-NAFO; CARVALHO; NUNES, 2016).

Nesse contexto, citamos a edição da Norma Operacional Básica de 93 e a criação das comissões intergestores tripartite e bipartite com a proposta de regulamentar o processo de descentralização, uma vez que o modelo descentralizador responsabiliza os três níveis de governo pela sua gestão, constituindo um mecanismo de negociação e pactuação das políticas adotadas na saúde. Além da NOB 01/93, outros reforçam sua importância como a NOB 01/96, Pacto pela vida e o Decreto 7.508/2011 (PEREIRA; LIMA; MACHADO, 2018).

Segundo Meira 2022, as Normas Operacionais representaram um importante instrumento de regulamentação do processo de descentralização por estabelecerem mecanismos e critérios a estados e municípios. Com todo este aparato legal, percebe-se a passagem de um sistema centralizado para um modelo de governo local com ganho de autonomia no campo da saúde.

Dessa forma compreende-se que política da descentralização em saúde consiste em redistribuição de poderes e responsabilidades quanto ações e serviços de saúde entre as três esferas de governo, com dire-

ção única e sobretudo, ênfase na municipalização. Municipalizar saúde é reconhecer o município como o principal responsável pela saúde da população (NETO, 2015).

Para tanto, exige não só transferências de recursos financeiros, mas também autonomia desses, nas funções de planejamento, negociação, acompanhamento, avaliação e controle das ações e serviços de saúde em todo território nacional. É uma política que aproxima o local de comando das pessoas onde o serviço é prestado facilitando assim, a fiscalização da gestão. Além disso, o gestor poderá definir as prioridades e os serviços ofertados e quanto mais local a decisão for tomada mais chances de acerto (MEIRA, 2022).

Entretanto, desafios importantes se apresentam, especialmente em relação à garantia do acesso e à estrutura de governança do sistema, o que contribui para a reflexão crítica e a construção de novas perspectivas para aqueles que protagonizam (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017).

Flexa e Barbastefano, 2020, traz os consórcios públicos com uma solução organizacional para suprir as necessidades de coordenação e integração entre os entes federativos já que o modelo de descentralização não foi acompanhado por instrumentos de planejamento e coordenação das ações governamentais e com base nisso, justifica-se o surgimento dos consórcios intermunicipais como mecanismo de coordenação, sendo um importante instrumento na atuação de políticas que visem solucionar os problemas de gestão e prestação de serviços.

O autor acima reforça que consórcios de saúde possibilitam a maior integração de redes de assistência à saúde, com ampliação da oferta de leitos e o acesso a redes de média e alta complexidade.

Com base nisso, o presente artigo propõe esclarecer os conceitos de saúde pública, financiamento, seus objetivos, relevância e contexto histórico. A cada estudo e acontecimento no setor da saúde, se faz necessário refletir sobre o impacto que as ações criadas pelas políticas públicas podem causar na sociedade em geral, uma vez que, contribuem para a garantia do direito universal à saúde de todos os cidadãos brasileiros. Sabe-se que embora haja um enorme progresso, frente a descentralização, existem ainda percalços a serem ultrapassados, mas que o objetivo principal da CF 88, seja amplamente atendido

é um desejo de todos, desde a sociedade civil, até os níveis de gerenciamento do sistema público.

É de conhecimento que a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, representou uma divisa altamente significativa ao que se refere às Leis Supremas do Estado. Dito isso, e em consoante com o texto que a mesma prevê, os conceitos e ações de e para cidadania e políticas públicas passaram a ser abordados de maneira mais bem particularizados.

Afirma-se como políticas públicas, o conjunto de ações, programas e decisões voltadas para suprir de forma íntegra as necessidades da sociedade, independente de diferenças sócio-econômicas-raciais. A partir desse princípio básico, a Rede Pública de Saúde do Brasil, dispõe de forma gratuita e integral unidades de apoio e tratamentos assistencialistas para indivíduos em situação de crise.

O Ministério da Saúde, criado em 1953, possui em seu contexto atual a Política Nacional de Saúde Mental, onde coordena as ações estratégicas para atender as pessoas carentes de tratamentos para transtornos como esquizofrenia, ansiedade, depressão e outros. Este acolhimento igualitário e disponível aos cidadãos é um dos direitos previstos e planejados na CF (Constituição Federal) de 88. A cooperação entre os níveis de descentralização das políticas públicas, fomenta melhores alcances e benefícios, embora seja de conhecimento que para este fim, variados contextos devem ser analisados, o que será abordado ao longo deste presente artigo.

Ademais, é válido ressaltar que, a descentralização - sobretudo após criação do Sistema Único de Saúde - é um caminho com profundos pontos positivos, assim como também, negativos a serem analisados e mais bem estudados. Segundo Flávio Goulart, médico, mestre e doutor em Saúde Pública:

No Brasil, a descentralização teve como objetivo melhorar as respostas dos sistemas de saúde e é um processo ainda em curso. Sua complexidade deriva de que, no SUS, ocorre transferência expressiva de poderes e recursos da União para os outros níveis de governo. (DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE PÓS CONSTITUIÇÃO DE 1988: ENTRE (BOAS) INTENÇÕES E GESTOS DESENCONTRADOS)

Entre os pontos a serem focados, está o financiamento das políticas públicas de saúde e seguridade social. A Constituição Federal de 1988, dialoga com o processo que determina participação da União, Estados, municípios e sociedade para garantia orçamentária dos recursos necessários e adequados para regularizar e manter as garantias e direitos determinados à toda população.

Os instrumentos normativos, como por exemplo, as chamadas NOB/SUS ou Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde, possuem como objetivo principal explicar o lado operacional e prático da gestão responsável por cada etapa do Sistema. A NOB 01/93, criada através da Portaria nº545/93 reorienta os modelos de gestão, inaugurando a autonomia de ambulatórios locais; ações multiprofissionais de promoção, prevenção e reabilitação; operacionalização com parcerias e monitoramento do Estado. São práticas norteadoras do processo de descentralização da saúde brasileira, que facilita e visa mitigar os riscos de recursos esgotados ou até mesmo desiguais entre as federações.

A NOB 01/96, estabelece a gestão de atenção básica à saúde do Brasil de baixa, média e alta complexidade. Com a criação e inicialização de locais especializados, como por exemplo: PSF (Programa Saúde da Família), PACS (Programa Agente Comunitário de Saúde), PPI (Programação Pactuada Integrada), CIB (Comissão Intergestores Bipartite) e CIT (Comissão Intergestores Tripartite).

Os recursos para o financiamento das políticas públicas de saúde também foram estabelecidos a partir da Norma Operacional Básica 01/96, sendo destacados o Piso da Atenção Básica (PAB) - múltiplos incentivos - Piso para descentralização de ações de vigilância sanitária (PDAVS), Teto financeiro da epidemiologia e controle de doenças (TFECD) e Teto financeiro global do município (TFGM).

Ademais, um importante marco na história da descentralização da saúde do país, foi a criação do Pacto pela Saúde. Um importante compromisso sustentado pela União, Estados e Municípios para o andamento das reformas estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde. Entre as reformas, a forma de distribuição dos recursos para a saúde foi aplicada em blocos de cinco categorias de financiamento, que simplificaram o procedimento e transferiram maior autonomia para os gestores

do SUS. Criado pela Portaria nº399/GM de 22 de janeiro de 2006, o Pacto pela Saúde prevê valorização qualitativa das ações, fortalecimento da regionalização – defesa do SUS – financiamento compatível com as reais necessidades da população, entre outros.

A descentralização das políticas públicas de saúde, corroboram para o compartilhamento de responsabilidades entre os entes União, Estados e Municípios. O que, moderniza a administração pública e reduz - como consequência - o poder do Estado diante do controle das medidas norteadoras. Além de, viabilizar a implementação dos princípios do SUS, estes alusivos com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal de 1988.

Dentre inúmeros princípios, este presente artigo busca ressaltar – sobretudo – a afirmação abaixo:

[...] VII- utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática [...] (CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988).

Os serviços prestados à população que englobam as políticas públicas de saúde, buscam satisfazer a CF de 88, a fim de garantir que se cumpra com o objetivo da mesma, embora seja de conhecimento, existem ainda objetivos inalcançáveis pela Constituição.

A evolução dos fatos sociais, estudos e pesquisas, apontam para os aspectos positivos da descentralização e mudanças nos índices epidemiológicos. Uma vez que um país, expressivo em território e recém democratizado, aplica normas para estabelecimento da Ordem, fica evidente a necessidade de compreender as variáveis demográficas, culturais, socioeconômicas dos diferentes locais (municípios) brasileiros para execução das ações de políticas públicas.

A saúde foi e ainda permanece sendo um setor em constante interação e atualização para melhor atender às necessidades dos cidadãos. A última proposta que vigora até o atual contexto – o SUS – determina sendo o uso da epidemiologia essencial para o foco da alocação de recursos – financiamento – e portanto, o que e como será priorizado.

A esfera estadual, têm por responsabilidade a coordenação da execução do planejamento que visa dentre outras medidas, a vigilância

sanitária e epidemiológica nos estados. Durante o processo de adaptabilidade até o contexto atual que se conhece atualmente, a configuração do sistema de saúde passou por três fases: situação transicional incipiente (onde a municipalização passa ter maior autoridade perante credenciais, controle e avaliação dos serviços de saúde), situação transicional parcial (onde os municípios e estados passam a receber os recursos combinados a partir dos Tetos antes fixados) e situação transicional semi-plena (onde após as responsabilidades organizadas e gerenciadas e os recursos recolhidos, passam a exercer seus papéis com afimco em prol da população). A articulação entre as diferentes esferas responsáveis, precisa ser constante e com propostas pré-definidas com base nas principais características e objetivos dos Grupos-Tarefas.

[...] Essa característica dos GTs merece destaque: não se trata de constituir uma estrutura nova, alheia ao MS, mas de desenhecar um processo de redesenho das funções e de articulação interna que venha a viabilizar as transformações estruturais indispensáveis ao desempenho do novo papel da esfera federal. (DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei, 1993).

Em suma, a vigilância epidemiológica se apresenta como responsabilidade e prerrogativas em todos os modelos de configuração da saúde, e em todas as propostas até hoje - SUS - como um dos princípios norteadores para a garantia de prioridades não somente orçamentárias, como principalmente, sociais.

As políticas públicas são essenciais para garantir a aplicação dos direitos igualitários a todos, de acordo com o que prevê a Constituição Federal do Brasil, de 1988. Além de democratizar a acessibilidade aos serviços de saúde desde os mais básicos até a assistência de maior complexidade. As motivações básicas para o planejamento, criação e aplicabilidade das mesmas, podem ser condensados em: assegurar as ações de implementação do processo de trabalho; aproximar da realidade da população os gestores; ampliação e garantia do caráter participativo; interligar as necessidades nos três níveis de gestão; definição de papéis dos gestores.

Em um primeiro momento, o processo de trabalho uma vez descentralizado precisa recorrer a uma gestão capaz de realizar fluxos de informações, alocar multiprofissionais, locais, recursos necessários, dentre outros, para coexistir com o que é previamente determinado para cada unidade de saúde. Isto, se torna ainda mais possível devido a descentralização do poder que passa a ser mais próximo da população que carece de assistência. Com isso, os gestores conseguem efetuar os seus planejamentos e atendimentos com base na realidade incontestável da população. Respeitando dessa forma, suas culturas, índices demográficos, e todas as outras variáveis históricas que influenciam de forma direta e indireta para o seu contexto.

Um outro olhar bastante significativo para cooperar com a criação e efetivação das políticas públicas, diz respeito a proliferação de ações governamentais descentralizadas que passam a participar de forma mais próxima e frequente da sociedade civil. A municipalização, por exemplo, de acordo com Thereza Lobo, Consultora do Banco Mundial: “... A transferência de serviços, hoje executados pelos governos federal ou estadual, aos governos municipais é encarada como a alternativa básica para um melhor equacionamento da prestação dos serviços...”.

As necessidades da população passam a ser vistas não somente apenas por uma esfera única, mas pelos três níveis de gestão (União, Estados e Municípios). A reestruturação do modelo de saúde brasileiro para o qual conhecemos hoje, entende a importância do papel dos gestores, mesmo que, historicamente o país seja em sua raiz centralizador e clientelista de certo modo, que reflete ao que hoje pode-se denominar como ações corruptivas do sistema integralista e humanitário que é o SUS.

Foi a partir da Constituição Federal de 1988 que a saúde passou a ser um direito de todos, e a partir disso, se fez indispensável pensar nas configurações que seriam formadas a partir deste marco. As políticas públicas surgiram para então, aplicar os direitos previstos e não permitir a ausência e não comparecimento de nenhum direito constitucional a qualquer indivíduo no país. Logo, a profissão de especialista em políticas públicas foi criada um ano após a CF. São as políticas públicas que mantém e asseguram com respeito e democracia todos os direitos populacionais.

As contribuições das políticas públicas são sobretudo, para a universalização dos direitos à saúde para todos. Com a descentralização das mesmas, com foco no setor da saúde, é possível afirmar que a partir da criação destas houve ampliação e fortalecimento do matriciamento dentro das APS (Atenção Primária de Saúde). Estas, são responsáveis pelos primeiros atendimentos, gerais e assistenciais à população, e quando necessário gerenciam o fluxo para posteriores especialidades. Assim sendo, outra forte retribuição foi a superação das habilitações passando para diversas modalidades de gestão, que compreende aos profissionais especializados para atendimento de acordo com a hierarquia estabelecida pela gestão.

Outrossim, as políticas públicas de saúde foram e são capazes de assegurar o atendimento em loco, o que facilita não apenas a qualidade total do processo, como também a capacidade quantitativa de acolhimentos. A descentralização fortalece a governabilidade e a capacidade de governo sobre os sistemas, uma vez que em uma esfera mais regional, o suporte passa a ser melhor entendível pelos gestores responsáveis.

Para preferíveis sínteses, o que antes era apenas seguridade social brasileira para grupos de indivíduos trabalhadores em empresas privadas, com a redemocratização do país e implemento da CF de 88, passa ser política social para todos, de forma igualitária e totalmente acessível financeiramente, independente de indefinido contexto socioeconômico do cidadão. A garantia da política pública é o que mantém e contribui positivamente para a evolução de um país ainda em desenvolvimento e com histórico bastante exploratório para um caminho mais junto e evolutivo.

O aperfeiçoamento dos mecanismos de regulação, financiamento e controle do sistema de saúde também passam a ser mais bem monitorados, uma vez que o objetivo maior da aplicabilidade é a garantia do cumprimento da Lei maior que dita o direito à saúde no Artigo 196, seção II da Constituição Federal.

As três propostas de reordenação do setor saúde: integralidade das ações e serviços (AIS), integralidade da atenção (SUDES) e integralidade da assistência (SUS), em seus diferentes períodos se relacionam entre si com que se afirma o comprometimento com os recursos or-

çamentários e instituições responsáveis para o financiamento adequado para cada tipo de assistência de indiferente natureza.

Embora, apenas o SUS traz competência mais discriminadas para cada nível governamental. Até esta ocasião, as outras duas propostas definiam atribuições comuns a estes.

Com a Lei Orgânica da Saúde, fica visível o objetivo que estava sendo traçado, sendo um instrumento normativo que serve de base para a criação e aplicação das estratégias a serem empregadas. De outra maneira, as políticas públicas após 1988, foram responsáveis por redigir e propor o sistema descentralizado e alinhado que se seguiu o setor de saúde no Brasil.

As aplicabilidades das políticas públicas, hoje, possuem grande efeito com a descentralização da gestão que permitiu dentre outras vantagens, maior autonomia e responsabilidade para todos os níveis que compreendem a estrutura do sistema de saúde.

É prevenido que embora o processo ainda seja inconclusivo, os resultados da descentralização ajudam a garantir resultado das políticas públicas, tendo em vista, o aumento de atores que entram com interesses para auxiliar em negociações e pactuações para a saúde brasileira.

As políticas públicas, indiferente às suas propostas ao longo da história, possuem como âmago a democratização da saúde, de forma não apenas quantitativa acolhendo a toda a população, mas principalmente, de maneira eficiente e qualitativa. E por isso, é de conhecimento o número de especialidades que podem ser encontradas no Sistema Único de Saúde, e o quanto significativo é a sua implantação e regulação no país.

Ainda, com os diferentes níveis de governo para melhor gerirem as necessidades, cooperando com a eficácia do setor saúde, fica evidente a integração da gestão, onde as partes precisam estar comprometidas com seus deveres e também ampliar a comunicação e prestação de contas e serviços para que o sistema permaneça em constante funcionamento.

[...] Este mesmo autor (Elias, 2001) observa que houve também mudanças notórias e inegáveis no sistema de saúde, exemplificadas pela melhoria da racionalidade administrativa e financeira, pela ampliação da extensão e da cobertura dos serviços, pela melhoria na integração entre os serviços públicos de saúde, pela socialização da temática afeita ao SUS e pela ampliação dos meca-

## nismos de participação social. (DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE PÓS CONSTITUIÇÃO DE 1988: ENTRE (BOAS) INTENÇÕES E GESTOS DESENCONTRADOS)

Assim posto, com uma gestão organizada a fim de garantir a entrega de qualidade dos serviços de saúde à população - sobretudo - a mais vulnerável, fica mais bem configurado o objetivo das políticas públicas de ofertar aos cidadãos atendimentos com eficácia, eficiência e efetividade.

### ACHADOS E ANÁLISE CRÍTICA

Ao longo da história do Brasil, é possível observar significativos marcos da política de descentralização da saúde, dentre eles: criação do Ministério da Saúde em 1953, criação do Departamento de Endemias Rurais em 1956, III Conferência Nacional de Saúde em 1963, Criação do INPS em 1964 - Ditadura Militar -, Conferência Internacional de Atenção Primária em 1978, dentre outros.

É bastante expressiva a criação do Ministério da Saúde durante o 2º Governode Vargas, pois foi um período histórico marcado por tensões sociais, crise econômica e política. O MS é uma instituição de Estado criada por Lei que defende os interesses e necessidades de todo o sistema de saúde do país.

São também, a partir das portarias do Ministério da Saúde, que as normas operacionais básicas foram criadas com o intuito de explicar de forma operacional a nova modalidade após reformulação do sistema de saúde, sobretudo, com a criação do SUS. O protagonismo do Ministério pode sofrer modificações em virtude dos variados posicionamentos políticos que a história do Brasil já acolheu ao longo de sua democratização.

Ainda na década de 50, houve uma importante criação de Lei através da Câmara dos Deputados: Lei nº2.743, de 6 de março de 1956 que cria o Departamento de Endemias Rurais, cujo objetivo organizar, executar e combater as endemias existentes no país, como por exemplo: malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistossomose, ancilostomose, filariose, hidatidose, bócio endêmico, boubá, tracoma e outras.

As décadas seguintes, também tiveram marcos relevantes para o setor saúde, como a criação do Instituto Nacional de Previdência Social, onde até hoje atende as necessidades da população conforme suas previdências sociais ao longo da vida do contribuinte.

A descentralização da saúde no Brasil foi fomentada por propostas geradas ainda na década de 80, como o Sistema Único Descentralizado de Saúde, um ano antes da Constituição Federal que aplicou e determinou como Lei o direito à saúde de todos, junto com a efetivação da última proposta ainda vigência, o SUS.

A partir desse marco, as medidas estratégicas e ações normativas criadas foram baseadas no SUS com a finalidade de garantir a melhor adequação e reformas para que o sistema seja de fato, capaz de entregar aquilo que se propõe, seja em termos de assistência básica como também as complexidades exigidas pelas especialidades médicas.

A década de 90 foi marcada pela Lei 8.080 que regulamentou o Sistema Único de Saúde, pela Lei 8.142 que permite assegurado a Participação Social. Ademais, como abordado ao longo do artigo, foi o período onde as Normas Operacionais Básicas foram também implementadas (NOB 91, NOB 93 e NOB 96) respeitando o momento de democracia expansiva que o Brasil estava caminhando.

Os anos 2.000 tiveram importante incremento da Emenda Constitucional Nº29/SIOPS (Sistema de Orçamento Público em Saúde), em adição, ainda na história o país teve a criação da NOA (Normal Operacional da Assistência à Saúde), importante passo para a implantação do SUS, visto que explica a municipalização e responsabilidades de todas as esferas públicas em prol do cumprimento da Lei Orgânica de Saúde, também abordada anteriormente.

Agora que é de conhecimento de todos os seus conceitos, objetivos e relevância, se faz necessário apontar quais foram as principais realizações frente às políticas públicas de saúde no Brasil. Vale ressaltar que, as políticas públicas não estão apenas no assistencialismo médico nas diferentes áreas e setores que englobam o sistema, mas também, a toda cadeia de processos que estão diretamente relacionados com o contexto social que a população vivencia.

O Programa Nacional de Imunizações, é sobretudo após a Pandemia do coronavírus, uma significativa ação de saúde pública, uma vez que o mesmo coordena o financiamento e disponibilidade de vacinas para variadas doenças que afetam as regiões mais carentes economicamente, do país. O Brasil é mundialmente reconhecido pelo programa, que foi o responsável direto pela erradicação de doenças graves como a poliomielite e a varíola.

Outra ação bastante colaborativa e relacionada ao princípio preventivo da saúde, é o programa Estratégia Saúde da Família com enfoque na rede de atenção básica, com equipe multidisciplinar de atendimento em todas as regiões brasileiras. Os maiores objetivos e contribuições dessa política pública criada, é a diminuição de índices de doenças e mortalidade infantil.

Ainda referenciando medidas altamente consideráveis, estão as políticas públicas voltadas para o combate ao tabagismo. Onde, o programa articulado pelo Ministério da Saúde, busca promover a atenção, educação e propor medidas Legais para o controle e diminuição do consumo.

Para que o sistema de saúde como se conhece e trabalha hoje no Brasil, possa evoluir e melhorar a fim de atingir ao máximo as suas potencialidades e garantir que os objetivos propostos cheguem de fato a toda sociedade, se faz necessário analisar de forma crítica os seus pontos de maior fortaleza como também os mais vulneráveis.

Os recursos representam uma parcela expressiva para o andamento contínuo do sistema, uma vez que, com eles é possível gerenciar desde equipamentos, medicamentos, pesquisas científicas, equipes multiprofissionais, dentre outras necessidades de todas as esferas da descentralização da saúde. Com mais equipes tendo esta responsabilidade, a gestão dos recursos passa a ser mais detalhada, precisa e planejada.

Outrora, ainda que exista essa autonomia, conflitos políticos ainda representam pontos frágeis na política de descentralização e isso pode ser explicado – parcialmente – pelo histórico da política brasileira, onde interesses particulares eram levados em conta durante negociações de pessoas da alta classe. A descentralização da saúde pública, propicia um marco importante que é a municipalização, onde cada gestor interno tem conhecimento e autonomia para propor e oferecer serviços mais próximos

da realidade da população local, atendendo de forma a ampliar o acesso próximo de cada indivíduo aos serviços básicos de saúde. Esta ampliação garante o que prevê o texto legal do direito à saúde para todos.

Para que o SUS possa se constituir enquanto gestão compartilhada e rede interfederativa de saúde, ainda é preciso se questionar e debruçar sobre os pontos frágeis do sistema: subfinanciamento, monitoramento e participação social por vezes insuficiente (é necessário incentivar a participação social como elemento essencial dos processos de planejamento e monitoramento).

## CASO DE APLICAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

A política pública foi extremamente eficaz em um caso clínico ocorrido no Estado do Ceará, em que o paciente recebeu a medicação necessária para desfazer a obstrução, o que faz com que a circulação no coração volte a ocorrer de forma natural, interrompendo o infarto. O medicamento chamado *Fiblinolítico Tenecteplase* foi ofertado pelo **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)**, implantado em abril de 2017 e liberado pela portaria ministerial em dezembro de 2014.



Foto: medicamento disponibilizado pelas políticas públicas.

Implantação do serviço terciário no interior. Exemplo: os Hospitais Regionais; Regiões do Cariri (2011), Norte (2013), Sertão Central (2016) e Jaguaribe (2021). – Consórcios temos as Policlínicas, CEOS, a expansão e ampliação do APH (SAMU 192 Ceará em 2014 e ampliação em 2020).

## REFERÊNCIAS

LUZ, H. C., CARMO, W. L. M., CARMO, S. M. A. G., CARMO, M. N., PANTOJA, C. S. M., GUIMARÃES, R. M., NUNES, R. C., Democratização da saúde: desafios da municipalização e descentralização administrativa relacionado a participação e controle social. *Braz. J. of Develop.* Vol. 6, n. 1, p. 508-523, Curitiba, 2020.

PINAFO, E., CARVALHO, B. G., NUNES, E. P. A. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Rev. Ciências & saúde coletiva.* Vol. 21, n. 5, p. 1511-1524, Paraná, 2016.

PEREIRA, A. M. M., LIMA, L. D. L., MACHADO, C. V. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. *Rev. Ciências & saúde coletiva.* Vol. 23, N. 7. P. 2239-2251, Rio de Janeiro, 2018.

MERA, R. B. Metodologia para Gestão da Qualidade na Regulação em Saúde. P. 8-79. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro Centro de Ciências e da Saúde Programa de Pós -Graduação em Saúde e Tecnologias no Espaço Hospitalar. Rio de Janeiro, 2022.

NETO, A. Z. SUS Sistema Único de Saúde -Antecedentes, Percurso, Perspectivas e Desafios. 2ª ed, editora Martinari, São Paulo, 2015.

CARVALHO, A. L. B., JESUS, W. L. A., SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. *Rev. Ciências & saúde coletiva.* Vol. 22, n. 4, p. 1155-1164, João Pessoa, PB 2017.

FLEXA, R. G. C., BARBASTEFANO, R. G. Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. *Rev. Ciências & saúde coletiva.* Vol. 25, n. 1. P. 325-338, 2020.

*Adriano Veras Oliveira; Ana Lindaura Callou Augusto; Francisco Nilson Maciel  
Mendonça Filho; Geziel dos Santos de Sousa; Hobbyson Amora Cabral; Lidia Andrade  
Lourinho; Márcio de Oliveira Mota; Maria Salete Bessa Jorge; Raiane Souza Saraiva;  
Thereza Maria Magalhães Moreira*

## INTRODUÇÃO

A descentralização tem de ser compreendida como um processo de transformação que envolve redistribuição de poder e de recursos, redefinição de papéis das três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas, estabelecimento de novas relações entre os níveis de governo e controle social. (BRASIL, 1993).

Como em todo processo que envolve dimensões políticas, sociais e culturais, a sua realização pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores, que vão constituir a base de legitimação das decisões, mediante:

- Imediata implantação dos Conselhos de Saúde paritários e deliberativos, mecanismo privilegiado de participação e controle social;
- Ação integrada entre os gestores do sistema nos três níveis de governo, com a articulação permanente entre o MS (Ministério da Saúde), CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde), através de Comissão Tripartite Intergestores, na esfera federal e, no âmbito de cada Estado, de Comissões Bipartites Intergestores, compostas por representantes das secretarias estaduais e por membros das entidades de representação dos secretários municipais de saúde. (BRASIL, 1993).

A Política de Descentralização em saúde foi impulsionada e induzida pelo Ministério da Saúde por meio da edição de sucessivos instrumentos normativos, as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB), editados a partir de 1991, o que foi caracterizado como um “certo jeito NOB de fazer o SUS, esculpindo-o a golpes de portaria”. (SPEDO, 2009).

A rigidez normativa e o detalhamento excessivo desses instrumentos representaram limitações à operacionalização da descentralização mediante uma pactuação que considerasse a realidade locorregional e a assimetrias dos municípios brasileiros. (SPEDO, 2009).

Nesse contexto, foram constituídos sistemas municipais de saúde, com distintos potenciais resolutivos, atomizados e desarticulados, independentemente da capacidade de governo dos municípios para assumir esse papel. Agravando essa situação, os municípios contavam com precária cooperação e apoio técnicos das esferas estadual e federal. (SPEDO, 2009).

Saliente-se que esse processo de descentralização da saúde é impregnado por distintas concepções, enfrentando contradições e conflitos. O projeto da reforma sanitária defendia a descentralização, em um contexto de redemocratização do país, enquanto uma estratégia para aproximar os serviços de saúde às necessidades dos cidadãos, de forma a ampliar espaços democráticos, a participação social e o poder local. Em contrapartida, o projeto de reforma do Estado defendia a descentralização como estratégia de modernização da administração pública, reduzindo o papel do Estado e compartilhando responsabilidades com a sociedade e com o mercado. (SPEDO, 2009)

É importante considerar, ainda, que a descentralização pode se identificar com distintas ideologias, pois “cada um encontra na Descentralização aquilo que considera mais oportuno e conveniente encontrar”. Dessa forma, é fundamental reconhecer os atores sociais e suas ideologias, presentes em uma determinada conjuntura política, para que se possam identificar potências e limites da descentralização. (SPEDO, 2009)

O processo de descentralização foi idealizado para tentar amenizar as desigualdades sociais e democráticas. Idealizada como uma es-

estratégia de modernizar a administração pública, diminuir o papel do Estado e compartilhar responsabilidades com a sociedade. O projeto da reforma sanitária, que ajudou ao processo de descentralização, defendia a partir da redemocratização uma estratégia aproximação da assistência à saúde às necessidades dos indivíduos, a participação da sociedade e apoio ao poder local. (SPEDO, 2009; BRASIL, 1993).

A maior motivação para aplicação política da descentralização foi o cenário de desigualdade e a oportunidade de oferecer maior racionalidade e melhor controle social sobre as ações estatais. Com isso, teve como objetivo orientar a elaboração dos dispositivos constitucionais que promoveram a saúde como direito, estabelecendo os princípios sobre os quais o Estado deveria prover condições para a sua aplicabilidade e a sua consolidação ocorreu em 1988. (BRASIL, 1993)

O processo de descentralização após a década de 80 conseguiu aumentar os recursos financeiros, a necessidade de desenvolver políticas públicas, a participação comunitária e a transparência e a autoridade política dos governos. (FALLETI, 2006; CAVALCANTE, 2011).

Desde então a descentralização vem sendo o princípio norteador de grande parte dos processos de implementação das políticas sociais brasileiras. (CAVALCANTE, 2011).

## ACHADOS E ANÁLISE CRÍTICA

Os esforços para expansão da assistência à saúde no Brasil se iniciam na segunda metade da década de 70, influenciados por deliberações da ONU, discutidas na Conferência de Alma Ata (1978), que lançara o desafio “Saúde para todos no ano 2000” e com estratégia focada na Atenção Básica. (CORRÊA, s.d).

O Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MOODLE, 2024), com vocação para quebra de paradigmas, encampado pela intelectualidade universitária, profissionais de saúde, movimentos sindicais e alguns parlamentares, tinha como proposição a implantação de um sistema de saúde estruturado nos conceitos de descentralização, universalização e unificação, princípios que foram consagrados, em 1986, durante a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Em paralelo ao movimento político-social de reforma sanitária, ocorreram algumas tentativas de implantação de redes e programas assistenciais. Em 1976, foi lançado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). No início da década de 80, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), que só ficou no papel. Em 1983, foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS) originada no plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) (COHN, 1989). Por fim, em 1987, foi instituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma consolidação das Ações Integradas de Saúde (AIS).

A execução desses programas teve pouca ou nenhuma participação das gestões municipais, que passariam a ter protagonismo com a criação do SUS, após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e, com a consagração do movimento municipalista na IX Conferência Nacional de Saúde.

A descentralização da gestão e das políticas de saúde no Brasil, de fato, teve como marco normativo inicial a promulgação da Constituição Federal de 1988. O comando legal apresentado no art. 198 estabeleceu que “As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” e instituiu ainda que a descentralização é um princípio organizativo que deveria orientar os esforços e iniciativas de implantação do novo sistema de saúde brasileiro, o SUS.

O escopo das ações de descentralização era a distribuição de poder e de responsabilidade entre os três níveis de governo. Buscava-se, deste modo, assegurar a prestação de serviços de saúde com eficiência e qualidade, de forma integral e universal, em sintonia com mecanismos de fiscalização e controle social.

Em razão da técnica legislativa utilizada na feitura dos artigos da Constituição, sobretudo na Seção da Saúde – artigos 196 a 200, baseada em conceitos abstratos e principiológicos, o SUS e política de saúde foram instituídos e regulamentados, somente, após a edição das leis ordinárias: 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90.

A grande extensão territorial do país, associada a heterogeneidade das regiões e o perfil demográfico da população brasileira

marcado por desigualdade social e econômica impôs desafios quase insuperáveis para a efetivação do SUS (UGÁ, s.d.). Reconhecendo a grandeza do desafio, a Gestão Central, para dar cumprimento ao mandamento constitucional de Descentralização do SUS, adotou a sistemática de edição de Portarias, concretizadas na emissão de Normas Operacionais Básicas (NOB), instrumentos regulatórios com função de disciplinar o processo de transferência de recursos e de definição de papéis entre as três esferas de poder.

Nos anos de 1991 e 1992, visando a transferência de recursos para ações de saúde, a presidência do INAMPS editou as duas primeiras Normas Operacionais Básicas – NOB 91 e NOB 92. Essas portarias instituíam que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde seriam remuneradas através de convênios, segunda a lógica de produção de procedimentos, a semelhança dos prestadores privados. (JUNQUEIRA, 2022).

As primeiras experiências municipais de gestão efetiva do sistema de saúde ocorreram a partir de 1993, com a edição da NOB 93. Essa portaria instituiu três possibilidades de gestão para as instâncias subnacionais. Seguindo a racionalidade de graus crescentes de descentralização: incipiente e parcial que os mantiveram com o status de prestadores de serviços ao SUS e gestão semi-plena, categoria que delegava ao município a gestão do sistema de saúde. (BRASIL, 2023). Ademais, estabeleceu ainda o processo de trabalho de instâncias colegiadas de gestão do SUS: as Comissões Intergestores Tripartite (CIT – nacional) e Bipartites (CIB – estaduais).

A consumação da NOB 93 só se efetivou, porém, em agosto de 1994, com a publicação do decreto federal 1232, que disciplinou o repasse de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais. Esse documento normativo ficou conhecido como decreto fundo a fundo.

A experiência acumulada pelos municípios habilitados na gestão semi-plena impulsionou uma nova onda descentralizadora. Em 1996 foi editada a NOB/SUS - 01/96, quando foram apresentados dois níveis possíveis de gestão aos municípios – gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema de saúde. (BEHRING, 2011). Foi criado ainda

o Piso Assistencial Básico (PAB), forma de repasse que utiliza como referência o critério populacional, em oposição ao sistema anterior baseado em critérios de produção de serviços de atenção básica. Foram concebidos, ainda, por essa Portaria o Programa de Saúde da Família-PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde- PACS.

Após quatro anos, havia o reconhecimento dos avanços do processo de descentralização das ações de saúde, porém, percebia-se que a municipalização da saúde contribuía para a fragmentação da integralidade e para o enfraquecimento da participação dos estados nas ações de saúde. A publicação da NOAS SUS 01/02, primeira norma operacional de assistência a saúde, teve como proposta inicial a implantação de uma macroestratégia fundamentada na regionalização da assistência à saúde. Acreditava-se que a organização da demanda regionalmente permitiria que os gestores municipais pudessem ofertar serviços de maior complexidade, além dos próprios da atenção básica. (BRASIL, 1990). No entanto, os esforços das três esferas de gestão não obtiveram o êxito esperado, em razão principalmente, do descompasso no processo, pois os estados estavam em momentos evolutivos diversos.

A Portaria GM/MS no 399, de 22 de fevereiro de 2006 foi editada para divulgar o Pacto pela Saúde (PS) (BRASIL, 1993) e pretendia superar o descompasso evolutivo entre os estados, supostamente causado pela norma operacional vigente. Entre as diversas críticas ao desenho da NOAS 01/2002, destacava-se o argumento que seria excessivamente normativa e rígida, a exemplo da exigência de excessivo detalhamento dos procedimentos para formatação das regiões de saúde nos estados. O Pacto pela Vida introduziu um conjunto de modificações nas relações institucionais, com foco em três dimensões: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

O Pacto pela Saúde teve vigência de 5 anos, quando foi substituído pelo Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) através do Decreto 7508 de 2011 (MORSCH, 2022). O documento normativo regulamentou a Lei 8080/90 estabelecendo que a oferta de ações e serviços seria organizada através da constituição de regiões de saúde. A intenção era mitigar a fragmentação da gestão através da implantação de uma meto-

dologia permanente de integração intergovernamental. A regionalização se faria, portanto, regulada pelo COAP, através da parceria de municípios de uma região, com garantia de integralidade no atendimento.

Para entrarmos na discussão sobre políticas públicas, necessitamos primeiro falar sobre seu significado, definição e propósito.

Desta forma, Políticas públicas são estratégias ou conjunto de ações e medidas adotadas pelo Estado para intervir em diversos setores da sociedade, visando ao bem-estar social e ao desenvolvimento econômico. São fundamentais em áreas como educação, saúde, transporte, meio ambiente, entre outras. (FIA, 2023).

Visam promover a igualdade, justiça social, desenvolvimento sustentável e melhoria da qualidade de vida da população.

A política de saúde no Brasil, especialmente no que diz respeito à descentralização, é um tema complexo e multifacetado. Assim, detalharemos como funciona a descentralização no Sistema Único de Saúde (SUS), enfocando nas ações principais e na estrutura que sustenta esse sistema. (BRASIL, 1993).

Fundamentalmente, antes da implementação do SUS, o sistema de saúde brasileiro era segmentado e ineficiente, com grande parte da população sem acesso a serviços de saúde adequados. A Constituição brasileira de 1988 estabeleceu o SUS com o objetivo de universalizar o acesso à saúde e descentralizar a gestão. (BRASIL, 1990, 1993, 2023).

O SUS tem como princípios a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular. Essa descentralização é um princípio-chave, visando aproximar as decisões e ações de saúde das necessidades da população local. (BRASIL, 1993, 2023).

Entre os mecanismos de descentralização temos a divisão de responsabilidades, onde as responsabilidades são compartilhadas entre os três níveis de governo: federal, estadual e municipal e cada nível tem suas atribuições específicas, mas trabalham em um sistema de cooperação. (BRASIL, 1993).

Assim, o nível Federal coordena e financia políticas de saúde de abrangência nacional, estabelece normas e realiza transferências de recursos. O nível Estadual atua como intermediário, coordenando ações entre municípios e o governo federal, e gerencia hospitais e serviços de

maior complexidade. Já o nível Municipal é responsável pela gestão dos serviços de saúde de base e execução de programas locais, tendo autonomia para adaptar as políticas à realidade local. (BRASIL, 1993).

Outro ponto dessa descentralização é a transferência de recursos. Essa descentralização financeira é um componente vital. Os recursos do SUS são transferidos do governo federal para estados e municípios, seguindo critérios como população, necessidades de saúde, e capacidade de atendimento. (BRASIL, 1993).

Os Consórcios Intermunicipais de Saúde e os Conselhos de Saúde também são importantes na descentralização. No primeiro, os municípios podem se unir em consórcios para a gestão conjunta de serviços de saúde otimizando recursos e ampliando a oferta de serviços. E o segundo, são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, profissionais de saúde, usuários e prestadores de serviços. Eles desempenham um papel crucial na fiscalização, controle e formulação de estratégias de saúde a nível local. (BRASIL, 1993).

Entre as principais ações a Atenção Primária à Saúde (APS) mostra-se como a espinha dorsal do SUS. Iniciativas como o Programa Saúde da Família (PSF) visam proporcionar uma cobertura de saúde básica universal, com foco na prevenção e no atendimento primário. (FESAÚDE, 2020).

Entre as outras ações também importantes o SUS implementa (BRASIL, 1990):

- Programas específicos direcionados a diversas áreas, como controle de doenças transmissíveis, saúde da mulher, saúde mental, entre outros. Esses programas são adaptados às necessidades locais;
- Redes de Atenção à Saúde (RAS): Criadas para integrar diferentes serviços e níveis de atenção, as RAS visam a continuidade do cuidado, abrangendo desde a atenção primária até serviços de alta complexidade;
- Vigilância em Saúde: Forte sistema de vigilância para monitorar e responder a questões de saúde pública, como epidemias e problemas sanitários.

Nesse contexto de descentralização, o SUS enfrenta desafios tais como: desigualdades regionais (mesmo com avanços, ainda existem disparidades significativas na qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde entre diferentes regiões); financiamento (afetando a capacidade dos municípios de fornecer serviços de qualidade); gestão e capacidade técnica (causam impacto na eficiência e eficácia do sistema) (BEHRING, 2011; MORSCH, 2022).

Por ser um modelo abrangente de atendimento público em saúde, o SUS busca garantir a universalidade e acessibilidade da população desde os atendimentos básicos até procedimentos complexos e medicamentos, tudo de forma gratuita.

Os Programas de Saúde Preventiva como vacinação em massa e campanhas de prevenção de doenças têm impacto significativo na saúde pública, e se mostram como um importante ponto dentro desse estudo. (FESAUDE, 2020).

A integração de serviços de saúde de diferentes níveis, desde a atenção básica até a alta complexidade e nisso, a busca do fortalecimento da atenção primária no Brasil vem sendo visto com bons olhos no exterior, pois, o modelo de Saúde da Família do Brasil é reconhecido internacionalmente por sua eficácia na atenção primária. (SANTOS, 2019; FESAUDE, 2020).

Porém, não podemos esquecer que grande ideia vem acompanhadas de desafios maiores ainda e a melhoria no financiamento e nos recursos têm se tornado cada vez mais um ponto a ser constantemente analisado pois o subfinanciamento crônico limita a capacidade do SUS em atender a demanda e manter a qualidade dos serviços. (BEHRING, 2011).

Existem desigualdades entre as Regiões do país e disparidades significativas na qualidade e na disponibilidade dos serviços. Isso, somado a questão da gestão ineficiente e a burocracia excessiva resultando em longas filas de espera e atrasos no atendimento a população. Em muitas áreas, especialmente nas mais remotas, falta infraestrutura adequada e equipamentos modernos. O que nos faz refletir acerca da proposta de Equidade, visto que o desafio de equilibrar a universalidade do acesso com a eficiência e qualidade dos serviços é um tema central na discussão sobre o SUS. (BRASIL, 1993).

Temos assim, uma necessidade de aumentar o financiamento público na Saúde, porém, isso requer decisões políticas e econômicas complexas, passando pela integração com outras Políticas Sociais como a educação, habitação e meio ambiente as quais estão intrinsecamente ligadas e podem ser usadas para uma abordagem mais integrada na busca de potencializar os resultados do sistema. (BEHRING, 2011; MORSCH, 2022).

A participação comunitária sendo fortalecida na gestão do SUS pode ajudar a tornar o sistema mais responsivo às necessidades locais numa busca de uma solução possível como o aumento do orçamento dedicado à Saúde pública, visando fontes alternativas de financiamento e melhorando a eficiência dos gastos, atentando às desigualdades Regionais. (SANTOS, 2019).

Uma implementação de políticas específicas para regiões menos desenvolvidas, focando em melhorias de infraestrutura e treinamento de pessoal poderia ser uma boa escolha. Bem como, adotar modelos de gestão mais eficientes, com uso de tecnologia para desburocratização e agilidade nos serviços. (MORSCH, 2022).

O investimento em modernização de equipamentos e instalações, especialmente em áreas rurais e periféricas também traz um viés mais positivo, pois o sistema como um todo trás muitos aspectos benéficos que podem ser mantidos e potencializados como (MORSCH, 2022):

- Universalidade do Acesso, desta maneira continuar promovendo e protegendo a universalidade como um princípio central do SUS;
- Programas de Prevenção e Promoção da Saúde, expandindo e diversificando programas de prevenção, adaptando-os às diferentes realidades regionais;
- Integração dos Serviços de Saúde, melhorando a coordenação entre diferentes níveis de atendimento, promovendo uma rede de cuidados mais integrada;
- Modelo de Saúde da Família, ampliando a cobertura deste, focando na formação e na valorização dos profissionais de saúde.

A descentralização no SUS é um processo contínuo que busca adaptar o sistema de saúde às necessidades locais, promovendo a universalidade, equidade e a eficiência no atendimento à saúde. Enquanto apresenta desafios significativos, a descentralização tem contribuído para avanços importantes na saúde pública brasileira e evidencia que o Sistema tem muito potencial e é reconhecido mundialmente como um importante e louvável modelo, porém com a necessidade de ajustes como qualquer modelo a ser seguido e implantado.

## CASO DE APLICAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

No ano de 2022, foi inaugurado o serviço de hemodinâmica no Hospital Regional Vale do Jaguaribe, localizado no município de Limoeiro do Norte, pertencente a Região de saúde do Litoral Leste Jaguaribe. (FIA, 2022, 2023).

Com apenas dez meses de funcionamento do serviço, foram realizados mais de mil procedimentos, mostrando que é fundamental para melhor assistência. (FIA, 2022).

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. / Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. - [Brasília], 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. - [Brasília], 1993.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93, Brasília, 1993.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Atlas, 2023.

BEHRING, Elaine Rossetti. Política Social: fundamentos e história / Elaine Rossetti Behring, Ivanete Boschetti. – 9ªed. - São Paulo, Cortez, 2011.

CAVALCANTE, P (2011). Descentralização de políticas públicas sob a ótica neoinstitucional: uma revisão de literatura. Revista De Administração Pública, 45(6), 1781–1804.

CORRÊA G, MÁRCIA M, GUIMARÃES MOROSINI V. Atenção Primária à Saúde [Internet]. Available from: .epsjv\_recortado. pdf.

COHN A. Caminhos da reforma sanitária. Lua Nova: Revista de Cultura e Política. 1989 Nov,(19):123–40.

FALLETI T. Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada. Sociologias [Internet]. 2006Jul,(16):46–85. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200004>.

JUNQUEIRA V, ESTER. As normas operacionais e a construção do SUS. BIS Boletim do Instituto de Saúde [Internet]. 2022,(28):21–2.

MOODLE USP: e-Disciplinas [Internet]. edisciplinas.usp.br. [cited 2024 Jan 25]. Available from:[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7626199/mod\\_resource/content/1/coll.%20-%20Sa%C3%BAde%20e%20Democracia\\_%20Hist%C3%B3ria%20e%20perspectivas%20do%20SUS-Fiocruz%20\\_%20OPAS-PAHO%20\\_%20OMS-WHO%20%282005%29.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/7626199/mod_resource/content/1/coll.%20-%20Sa%C3%BAde%20e%20Democracia_%20Hist%C3%B3ria%20e%20perspectivas%20do%20SUS-Fiocruz%20_%20OPAS-PAHO%20_%20OMS-WHO%20%282005%29.pdf).

UGÁ M, PIOLA S, PORTO S, MAGALHÃES VIANNA S. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) Decentralization and resource allocation in the Brazilian National Health System (Sistema Único de Saúde -SUS) [Internet].

MORSCH, J. A. Como está a Saúde Pública no Brasil e o que fazer para melhorar, 2022.

SANTOS, J. B. / TOALDO, A. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE – A DESCENTRALIZAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA O EMPODERAMENTO SOCIAL E A DEMOCRATIZAÇÃO DO ACESSO À SAÚDE, XVI Seminário Internacional: Demandas Sociais e Políticas Públicas na Sociedade Contemporânea/ XII Mostra de Trabalhos Científicos, 2019. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sidspp/article/viewFile/19543/1192612260>.

SPEDO SM, TANAKA OY, PINTO NR da S. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009Aug;25(8):1781–90. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000800014>.

No Dia Mundial da Saúde veja a importância do SUS para a vida dos brasileiros. FESAÚDE, Niterói, 2020 – Disponível em: [.br/sua-saude/no-dia-mundial-da-saude-veja-a-importancia-do-sus-para-a-vida-dos-brasileiros](https://www.fesaude.org.br/sua-saude/no-dia-mundial-da-saude-veja-a-importancia-do-sus-para-a-vida-dos-brasileiros).

Políticas públicas: o que são e para que servem na prática? FIA (Fundação Instituto de Administração), 2023 – Disponível em: <https://fia.com.br/blog/politicas-publicas/amp/https://fia.com.br/blog/politicas-publicas/amp/>.

<https://www.saude.ce.gov.br/2022/05/16/servico-de-hemodinamica-do-hospital-regional-do-vale-do-jaguaribe-dispoe-de-tecnologia-avancada-para-atender-pacientes/>

[https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2023/08/PSR\\_LITORAL\\_LESTE\\_FINAL.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2023/08/PSR_LITORAL_LESTE_FINAL.pdf)

<https://www.saude.ce.gov.br/2023/03/13/servico-de-hemodinamica-do-hrvj-realiza-mais-de-mil-procedimentos-em-10-meses-de-funcionamento/>

*Antônio Augusto Ferreira Carioca; Cícera Tavares de Lucena; Cora Franklina do Carmo Furtado; Daniele da Silva Araújo; Edyppo de Sousa Carlos; Gandavya Aguiar Machado Diniz; Isadora Macedo Lima da Assunção; Maria Salete Bessa Jorge; Virna Ribeiro Feitosa Cestari*

## INTRODUÇÃO

Desde a origem, a saúde não é reconhecida como direito público. A ausência de saúde era dita como castigo. No período colonial, não existia modelo de saúde, apenas existia ações pontuais com interesse (foco) em aspectos políticos e econômicos. A colônia vivia um descontrolado epidemiológico/sanitário e com ausência absoluta de atuação do estado nesse campo, a população era atendida nas Santas Casas de Misericórdia por voluntários, curandeiros entre outros. Com a vinda da família real ao Brasil em 1808, criou-se uma estrutura sanitária mínima e os centros de formação médica, porém toda voltada para a corte e para o controle sanitário dos portos. Ao longo dos séculos a saúde era higienista, campanhista sanitaria, intervencionista e centravam-se no autoritarismo e no combate de grandes endemias.

Em resposta a um longo processo de luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e de trabalho, na década de 1920 a 1930, iniciou-se um sistema previdenciário, as caixas de aposentadorias e pensões (CAPS), inicialmente organizados pelas empresas e/ou instituições, com um financiamento bipartite (empresa 1% anual e empregado/trabalhador 3% mensal) não tinha participação do estado e incluía direito à aposentadoria e pensões, serviços funerários, socorro médico para família, medicamentos com preço diferenciado, assistência por acidente de trabalho e assistência médica para o empregado e família. No entanto, com a má administração dos recursos, e como consequência sua insuficiência para a instalar e manter redes próprias de serviços de saúde, as CAPS passaram, desde o início, a comprar serviços da iniciativa

privada, dando impulso ao desenvolvimento de um setor empresarial médico (ROMERO, 2010).

E em 1933 foram criados os Institutos de aposentadorias e pensões (IAPS), a organização era realizada por categoria profissional e seu “financiamento” era tripartite (empregador, trabalhador e estado), mas não era estipulado valores destas arrecadações.

Na era Vargas, as CAPS por sua insuficiência, foram unificadas aos Institutos de aposentadorias e pensões (IAPS). Ainda na década de 1960 os IAPS foram consolidados ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que ofertava concessão de benefícios e ações e serviços de saúde para trabalhadores urbanos e regulamentados. Assim prevalecendo a cidadania regulada. Neste período, prevalecia um caráter centralista da ditadura militar, gerando insatisfação da população, e as questões sanitárias eram pautas de reivindicações dos trabalhadores e de movimentos sociais, e propostas de reformas sanitárias era mais evidente a cada movimento, porém o golpe militar de 1964 interrompeu esse processo (BRASIL, 2012).

Na década de 1970 com a crise em alta e desvio de dinheiro dos institutos, para construção de obras e compra de tecnologias entre outros. O estado convoca uma conferência nacional (5ª conferência), com o objetivo de organização da saúde e como solução para crise foi citada a criação de um sistema nacional de saúde, esta conferência não houve participação da comunidade. E em 1977 foi criado o Sistema nacional de previdência e assistência social (SINPAS), separando as atividades previdenciárias, sob responsabilidade do INPS, das de saúde atribuídas ao Instituto nacional de assistência médica da previdência social (Inamps). Com a introdução do Sinpas e a criação do Inamps, e separação das atividades, ficou evidente a relevância da previdência e assistência à saúde, devido aos recursos destinados necessários a ela, e como instrumento de barganha e de legitimidade política. E foi nesse período que se iniciou a reforma sanitária, que teve seu ápice com a 8ª conferência nacional de saúde em 1986, com participação dos usuários pela primeira vez, teve uma proposta de cidadania ampliada, baseada em 3 eixos: saúde como direito inerente a população; reformulação do sistema nacional de saúde (idealizou o SUS) e financiamento do setor saúde.

Em todo contexto histórico da saúde no Brasil, foram realizadas tentativas de democratização da saúde, com criações de serviços, ministérios, entre outros, porém nenhum contemplavam o conceito ampliando de saúde, oferecendo a integralidade das ações e serviços em saúde. As ações ofertadas eram descontínuas, ou seja, dicotômicas, além de excludente e contributiva, apenas aqueles que podiam pagar assistência médica privada ou contribuía para previdência social tinha acesso a saúde. Nesse contexto a assistência médica era entendida como um benefício previdenciário, dado direito apenas aqueles que contribuam.

O modelo de saúde que temos hoje, surgiu de lutas no decorrer a história, em busca da democratização da saúde, e a saúde como direito universal inerente a toda população.

Artigo 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 (BRASIL, 1988).

## ACHADOS E ANÁLISE CRÍTICA

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 a saúde passou a integrar a seguridade social. Corroborando Conceição, Cislighi e Teixeira (2012), que a seguridade social na CF/88 é composta pelas políticas de saúde, previdência e assistência social além da proteção ao trabalhador desempregado, incluindo o seguro-desemprego. Possui um orçamento próprio composto, além das contribuições previdenciárias, de recursos orçamentários destinados exclusivamente a esse fim, em um modelo de vinculação de receitas. A Constituição prevê ainda que, de acordo com as necessidades, o orçamento da seguridade social pode ser complementado pelos recursos do orçamento fiscal.

Cunha (2021), relata que no art. 55º do Ato das Disposições Constituintes Transitórias (ADCT) da constituição implementada, declara o percentual do orçamento da seguridade social a ser investido na política pública de saúde, que seria 30%, no mínimo, do orçamento da seguridade social, seriam destinados ao setor saúde, excluindo o segu-

ro-desemprego, até que fosse aprovada a lei de diretrizes orçamentárias. Porém, não foi concretizado, prejudicando a estabilidade inicial do financiamento da saúde.

Ainda sobre a regulamentação, organização e financiamento do SUS, temos as Leis Orgânicas da Saúde (LOAS), Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e a 8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Nestas reforçam o que foi determinado na CF/88, que o orçamento da seguridade social se destinará ao sistema único de saúde (SUS), de acordo com receita estimada (art. 31º da 8080/90); e em seu art.º 32, 2º, foi criado os fundos de saúde, descreve que as receitas geradas no SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentada pela sua direção, na esfera de poder onde foram arrecadadas, ou seja, os recursos serão repassados de forma regular e automática, fundo a fundo. E cada esfera terá seu fundo de saúde, fiscalizado por seus respectivos conselhos. E ainda no art.º 35, descreve critérios para estabelecimento de valores a serem transferidos para os fundos de saúde, estadual, Distrito Federal e municipal (BRASIL, 1990).

Na lei 8141/90 no art. 2º determina como os recursos do Fundo nacional de saúde (FNS) serão alocados. E em seu art.4º indica o que o município, estados e Distrito Federal deverão ter para receberem os recursos de acordo com os critérios previsto no art. 35º da lei 8080/90.

Apesar de todas as dificuldades para idealização, implementação e regulação do SUS, com sucessos e retrocessos de programas de saúde e na organização do sistema, foi o SUS que garantiu a integralidade das ações e serviços em saúde, melhora dos resultados e maior equidade em saúde no Brasil (CASTRO et al., 2019).

Contudo em se tratando de financiamento, desde a CF/88 e LOAS/90, apesar dos critérios de distribuição de recursos, nenhum padrão quantitativo de contribuição foi definido para indicar quanto cada esfera iria investir.

Neste intuito, foi criada a Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, que determinava a aplicação mínima dos recursos arrecadados

pelas três esferas de governo. De acordo com esta, a União deve investir na saúde o valor do ano anterior somado da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), os Estados e o Distrito Federal deverão corresponder a 12% de sua receita, e os Municípios, o percentual é de 15%. Além de caracterizar o que seriam serviços de ação em saúde, a fim de evitar desvios de investimentos (BRASIL, 2000). A EC 29/2000 descentraliza os recursos investidos via união e como consequência aumenta a participação dos estados e, principalmente dos municípios nos gastos públicos em saúde.

Esta emenda seria vigente até o ano de 2004, onde seria implementada uma lei complementar, porém não aconteceu desta forma e a emenda ficou vigente por 12 anos, até a criação da Lei complementar nº141/2012.

A Lei Complementar nº 141, sancionada em janeiro de 2012, define o que pode ser contabilizado como gasto na área da saúde e fixa percentuais mínimos de investimento por parte da União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

De acordo com a Lei, a União deve investir na saúde o valor do ano anterior somado da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os investimentos dos Estados e do Distrito Federal deverão corresponder a 12% de sua receita. No caso dos Municípios, o percentual é de 15%.

Ao definir o que pode ser considerado gasto em saúde – como compra e distribuição de medicamentos e investimentos na gestão do sistema público de saúde, por exemplo – o governo espera coibir a prática de contabilizar nessa área despesas de outros setores, como ações de saneamento básico, compra de merenda escolar e pagamentos de aposentadoria, entre outros. Contudo não prevê punição aos entes federativos que não cumprires com os investimentos estipulados.

Em 2015 o governo lança a Emenda Constitucional (EC) nº 86 cujo objetivo dessa seção é caracterizar, de forma sintética, os principais dispositivos desta EC diretamente relacionados ao financiamento do SUS. A execução orçamentária das emendas parlamentares individuais será obrigatória no valor mínimo correspondente a 1,2% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União a partir de 2015, sendo 0,6% da

RCL de aplicação em ASPS, sem alocação adicional de recursos para esse fim.

A nova base de cálculo constitucional para a aplicação mínima em ASPS a partir de 2016 (primeiro exercício subsequente ao da vigência da EC) será a RCL da União, sendo 13,2% em 2016, 13,7% em 2017, 14,1% em 2018, 14,5% em 2019 e 15% a partir de 2020. Além disto, os recursos referentes à participação da União nos resultados ou pela compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural (conhecidos como “Pré-Sal”) perderam a condição anterior legalmente estabelecida de recursos adicionais ao apurado para a aplicação mínima constitucional a partir de 2015.

Por fim, a partir de agora, não há prazo para revisão da metodologia do cálculo de apuração da aplicação mínima em ASPS, sendo que, para isto, será preciso o quórum qualificado exigido para mudanças de dispositivos constitucionais. Entende-se essa EC como retrocesso, pois “aprova” o processo de subfinanciamento do SUS.

Seguindo com o contexto normativo do financiamento do SUS a EC 95/2016 no tocante à educação e à saúde, a Constituição do Brasil determina que os gastos nesses campos devem corresponder ao menos a 18% da receita corrente líquida da União. O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) prevê, nesse sentido, a criação de um fundo específico para a educação, com vistas a assegurar os recursos destinados a ela. Além disso, a Lei de Diretrizes Orçamentárias obriga a que sejam alocados recursos suficientes para garantir a execução do Plano Nacional de Educação.

No que se refere à saúde, a Constituição brasileira prevê que os gastos com a área devem corresponder a, no mínimo, 15% da receita corrente líquida da União. O ADCT prevê, nesse sentido, a criação de um fundo específico para a saúde, com vistas a assegurar os recursos destinados a ela. Além disso, a Lei de Diretrizes Orçamentárias obriga a que sejam alocados recursos para garantir a execução do Sistema Único de Saúde.

A PEC 241, que foi aprovada pela Câmara dos Deputados em outubro de 2016, estabelece um teto para os gastos públicos, limitando-os ao Índice de Preços ao Consumidor (IPC) acumulado nos últimos

12 meses, em vez de acompanhar o crescimento da economia. Assim, o governo teria que se adequar à dinâmica dos preços, ajustando anualmente seus gastos, para equilibrar as contas públicas.

Embora a PEC 241 tenha sido recebida como uma medida importante para reduzir o déficit fiscal, ainda há muitas dúvidas sobre seus efeitos sobre a economia. Alguns economistas argumentam que a restrição aos gastos públicos pode prejudicar a capacidade do governo de fomentar o crescimento econômico, ao reduzir o investimento em infraestrutura, educação e saúde, enquanto outros acreditam que o teto pode contribuir para a estabilidade fiscal e a recuperação da economia.

Em qualquer caso, é importante lembrar que o teto dos gastos não é a única solução para os problemas econômicos do país. Outras medidas, como a redução da carga tributária, a melhoria da eficiência e a redução da corrupção, também são necessárias para alcançar uma recuperação econômica sustentável.

Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde são transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios de acordo com o disposto na Portaria nº 204/GM. Os blocos de financiamento são formados por recursos federais, que são transferidos de forma regular e automática pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) para as três esferas de gestão do SUS. Estes recursos são destinados a financiar ações e serviços de saúde, como ações e serviços hospitalares, serviços de urgência, serviços de atenção básica, serviços de especialidades médicas, serviços de saúde da família, serviços de medicina preventiva, entre outros.

Além da transferência dos recursos financeiros, a Portaria nº 204/GM determina o monitoramento e o controle dos blocos de financiamento para as ações e serviços de saúde. O monitoramento e o controle dos recursos federais destinados às ações e serviços de saúde são realizados através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde, com o objetivo de garantir que os recursos sejam destinados aos fins previstos na legislação vigente.

Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e dos serviços de saúde pactuados. Os blocos são os seguintes: I – Atenção Básica; II – Atenção de Média e Alta Complexidade; III – Vigilância em Saúde; IV – Assistên-

cia Farmacêutica; V – Gestão do SUS; VI – Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

No debate sobre a descentralização das verbas da saúde, o governo federal despontou para a criação da Portaria GM/MS nº 3.992, de dezembro de 2017, na qual dispunha a desburocratização e consequentemente flexibilização das transferências dos recursos federais para as ações e serviços públicos em saúde. Posto isso, expressivas mudanças foram levadas à tona, e a principal delas foi a extinção dos antigos 6 blocos de financiamento, dando lugar a apenas dois blocos, como dispõe seu artigo 3º:

Art. 3º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com ações e serviços públicos de saúde, a serem repassados na modalidade fundo a fundo aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios serão organizados e transferidos na forma dos seguintes blocos de financiamento: I - Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e II - Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde. (BRASIL, 2017)

Nesse modelo, mais flexível, percebe-se que os gestores podem gastar em suas reais necessidades e ter uma posição mais atuante na saúde local, isto é, conhecendo as reais carências e qual tipo de atuação é mais efetiva; isso tudo sem o enfraquecimento na prestação de contas aos órgãos de controle e o acompanhamento do Ministério da Saúde. O modelo simplificado ainda apresenta total compatibilidade jurídica e legal, dado que havia previsão legal desde 2012 na Lei Complementar nº 141.

Aspecto relevante a ressaltar, é que a aprovação da Portaria GM/MS nº 3.992/2017 levantou questionamentos sobre uma possível realocação de recursos dos blocos de Atenção Básica, Assistência Farmacêutica e Vigilância em Saúde para o bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade, já que são recursos destinados à manutenção e ao fortalecimento de hospitais e tendem a ser mais perceptíveis pela população. Por isso, caso tal mobilidade se comprove, a flexibilização poderia enfraquecer a atenção primária e preventiva em contraponto fortalecer

a saúde secundária e terciária, que, por conseguinte, tem participação também de hospitais privados e filantrópicas que celebram acordos com os entes federativos (FUNCIA 2017). Por outro lado, o receio pelo enfraquecimento em ações da Atenção Básica e Vigilância em Saúde não procederia, pois, aos secretários de saúde responsáveis caberia seguir os Planos Municipais de Saúde – PMS, com o planejamento ascendente de nível local para federal, acordado com todas as esferas. Além disso, ainda teriam que comprovar suas ações nos respectivos relatórios de gestão (DONIZETE, 2017).

Cabe advertir que a unificação dos antigos blocos de financiamento de custeio acende uma luta histórica dos gestores municipais do SUS, de forma que permitiu um maior manuseio do recurso e estabeleceu uma desvinculação financeira (MENDES, 2018).

De outro lado, tem-se como limitações do modelo a manutenção de uma estrutura tecnoburocrática que busca mais segurança ao se apagar a um processo com demasiadas regras e à perda de recursos ao final do exercício financeiro. Esta última, principalmente, já que o gestor não tinha liberdade para utilizar o saldo financeiro de um bloco para pagar despesas de outro bloco; ou seja, os blocos não se comunicavam.

Destaca-se, também como limitação, a reflexão que ganha força na Administração Pública atual na qual a rigidez de regras deveria, em tese, dificultar os procedimentos de corrupção e desvios que, no entanto, atua de maneira oposita, já que as regras rígidas tendem a ser mais facilmente burladas enquanto regras com caráter mais flexível acabam por dificultar as justificativas de procedimentos lesivos ao erário (FUNCIA, 2017).

Enfim, retratando esse histórico, percebe-se que desde 1988, o SUS experienciou diversas formas de financiamento, no entanto ainda persistem as dificuldades para atingir o volume de recursos necessários para a integralidade das ações e serviços de saúde ofertados à população. Nesse período, o sistema conviveu com perda de recursos e graves crises (BRASIL, 2013). E ainda com o avanço da criação do SUS, o Brasil está distante de executar a mesma atenção à saúde pública que os demais países que possuem um sistema público e universal.

As muitas mudanças em políticas estruturais no financiamento

do SUS e com a ciência da sua insuficiência, agregando ainda a implantação de medidas de austeridade fiscal, só aumentam as incertezas sobre avanços em saúde pública, e quanto ao futuro do país. Neste contexto histórico e normativo, de democratização da saúde e tentativas de buscar subsídios para financiar uma saúde digna e de forma integral para a população, nos deparamos com um direito a saúde já subfinanciado desde sua origem, e que atualmente passa por um processo de desfinanciamento estrutural, abalando os alicerces da nossa constituição cidadã (VIEIRA, 2021).

## **CASO DE APLICAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA**

### **Consórcio Público de Saúde**

Consórcio público é uma pessoa jurídica criada por lei com a finalidade de executar a gestão associada de serviços públicos, onde os entes consorciados, que podem ser a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, no todo ou em parte, destinarão pessoal e bens essenciais à execução dos serviços transferidos. A figura dos consórcios públicos no Direito Administrativo brasileiro surgiu com a Emenda Constitucional nº 19/98, que alterou o art. 241 da Constituição da República Federativa do Brasil, dando-lhe a seguinte redação: “A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.”

A lei mencionada pela Constituição, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos, é a Lei nº 11.107/05. Quanto à personalidade jurídica, os consórcios públicos podem ser pessoas jurídicas de direito público ou de direito privado. Quando são de direito público, constituem associações públicas, e deve ser ratificado um protocolo de intenções para que o consórcio adquira personalidade jurídica. Vale lembrar que o consórcio público com personalidade jurídica de direito público integra a administração indireta de todos os entes da

Federação consorciados. Quando são de direito privado, o consórcio é constituído por meio de contrato firmado entre os entes consorciados, que pode ter ou não personalidade jurídica. O contrato de consórcio público de direito privado é firmado diretamente entre os consorciados, sendo que a execução dos serviços é realizada diretamente por cada um dos entes.

O Consórcio Público de Saúde é uma experiência exitosa para minimizar os desafios que encontramos no SUS com relação à assistência de média e alta complexidade, como estratégia de fortalecimento de uma política de regionalização da saúde. Permitindo aos municípios, ofertar uma demanda maior de serviços especializados necessários à população, cujo investimento e custeio ficaria inviável para os municípios. Com isso, fortaleceu o processo de descentralização com uma gestão compartilhada, tendo um sistema de saúde mais integrado com as diferentes realidades das microrregiões. Dispondo de unidades de saúde como as Policlínicas do tipo I, Policlínicas do tipo II e Centro de Especialidades Odontológicas.

### **Etapas de formação dos consórcios**

Para a formação dos consórcios de forma resumida, tem que haver uma articulação dos gestores municipais, criação de um protocolo de intenções e passando pela ratificação pelo poder legislativo. Posteriormente é criado um estatuto e regimento interno, com uma pactuação do contrato de programa e a toda programação consorcial, criação do contrato de rateio e com isso fazer toda a estruturação necessária para a organização e funcionamento do mesmo. Sua estrutura organizacional compreende dos seguintes participantes: Assembleia geral (formada pelos entes consorciados), Presidência (representante legal), Diretor Executivo e recursos humanos (técnicos e pessoal administrativo).

### **Consórcio público de saúde da microrregião de Crateús**

A formação de Consórcio Público de Saúde da microrregião de Crateús (CPSMCR) com a união entre dois entes federativos (Estado e os Municípios) permite aos onze municípios consorciados, uma parceria para a realização de consultas e exames especializados de acordo com a

necessidade da região, previsto no contrato de programa previamente elaborado e aprovado.

As ofertas dos serviços são disponibilizadas de acordo com o quantitativo populacional dos municípios consorciados e no Contrato de Rateio foi calculado um percentual de incentivo financeiro para o custeio rateado do consórcio, com os seguintes percentuais: Ararendá (3,65%), Crateús (25,05%), Independência (8,73%), Ipaporanga (3,86%), Ipueiras (12,7%), Monsenhor Tabosa (5,75%), Nova Russas (10,8 %), Novo Oriente (9,56%), Quiterianópolis (7,05%), Poranga (4,11%), Tamboril (8,74%).

O CPSMCR possui uma oferta de consultas especializadas (cardiologista, dermatologista, gineco-obstetrícia, pré-natal de alto risco, gastroenterologia, endoscopista, mastologista, urologista, neurologista, endocrinologista, oftalmologista, angiologista, traumatologista/ortopedista, otorrinolaringologista, pediatria, radiologista) e bem como, exames de tomografia computadorizada, raio-x, mamografia, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia.

### **Análise financeira do CPSMCR- competência 2022**

Em conversa com o Diretor executivo do CPSMCR, relatou alguns dos desafios encontrados na gestão consorcial, podendo citar a questão do orçamento anual defasado para o desenvolvimento do serviço, já que os valores de alguns serviços estão com o mesmo valor do ano da inauguração da Policlínica e CEO, salientando também que o Estado só começa a fazer o repasse após o mês de março. Outro ponto em destaque na sua fala seria a dificuldade contratação de alguns profissionais, e a questão a instabilidade política. Vimos também que ganhos de eficiência podem ser muito importantes para mitigar a pressão crescente por mais gastos – esta é uma possível interpretação do cenário sob contenção de custos.

Assumindo um resíduo de -0,75 pontos percentuais, o gasto total com saúde é mantido abaixo dos 10% do PIB em 2060. De fato, ganhos de eficiência poderiam então se refletirem aumento de qualidade e cobertura sob restrição de recursos (ROCHA, Rudi et al. 2019).

Para facilitar o entendimento e de forma objetiva descrever a situação financeira do Consórcio, consideramos ser justo apresentar pequena descrição conceitual, haja vista heterogeneidade de saberes da turma do mestrado.

Por Receita entendemos todos os recursos que dispõe a unidade, ela é prevista no orçamento e à medida que é arrecadada, é o valor que se pode efetivamente contar para a manutenção da unidade consorcial. Por despesa dizemos que são todos os custos para manutenção e investimento, as despesas nos órgãos públicos seguem as fases, que são o empenho, a liquidação e o pagamento. No empenho estamos prevendo a despesa que será realizada, mas já com o devido processo licitatório, pois esta é a regra em todos os órgãos públicos. Quando podemos comprovar a execução dos serviços ou a aquisição dos produtos temos a fase de liquidação, ou seja, diz-se que uma despesa foi liquidada quando ela efetivamente foi prestada ao serviço público, e por último a fase do pagamento, a lei 4.320/64, bem como todo arcabouço jurídico infralegal consagram a fase de pagamento como a última fase da despesa, e por isso só deve ocorrer quando todos os requisitos forem devidamente atestados para que não haja nenhuma ilegalidade. Já os Restos a pagar, são aquelas despesas que foram realizadas e por algum motivo não foram pagas dentro do exercício.

Feito esse resgaste conceitual podemos concluir que o CPS-MRC apresentou no exercício anterior, 2022, a seguinte receita orçamentária arrecadada de R\$ 10.791.211,63, empenhou R\$ 10.506.639,20 e chegou a pagar R\$ 10.089.012,87. como restos a pagar processados ficaram R\$ 20.023,00. A despesa liquidada no período foi de R\$10.003.306,06.

Assim conclui-se que há um equilíbrio financeiro na unidade consorcial, uma vez que o valor arrecadado foi suficiente para arcar com todas as despesas previstas e realizadas no período, ficando apenas o montante de aproximadamente 20 mil reais a pagar no exercício seguinte (restos a pagar). No entanto, a aparente “folga de recursos”, não deve ser celebrada inconsequentemente, alguns fatores internos e externos devem ser considerados para que o equilíbrio continue a ocorrer, podemos citar como fatores internos a depreciação natural dos equipamentos

e da própria estrutura predial, que com o passar dos anos carece de manutenções cada vez mais onerosas, também a substituição dos equipamentos que podem tornar-se obsoletos diante dos avanços tecnológicos cada vez mais necessários ao SUS, e como fatores externos, podemos citar a própria inflação que acarreta aumento nos custos de uma forma geral, despesas com água, energia, monitoramento, materiais de limpeza e outros são afetados diretamente e podem ocasionar dificuldades se não forem adequadamente previstos e orçados de acordo com as melhores práticas de compliance existentes para o setor público.

Diante de todo o exposto é prudente que os custos do consórcio sejam monitorados constantemente, e medidas de economia sejam corriqueiramente aplicadas para que a finalidade precípua do Consórcio que é o atendimento ao público das unidades consorciadas seja sempre contemplada da maneira mais efetiva possível, onde o investimento em tecnologia e inovação fazem parte desse caminho.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento / Rosa Maria Marques, Sérgio Francisco Piola, Alejandra Carrillo Roa (Organizadores). – Rio de Janeiro : ABrES, Brasília : Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento , OPAS/OMS no Brasil, 2016. 260 p. : il.

\_\_\_\_\_. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [Constituicao.htm](#). Acesso em: 15 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8080 de 28 de dezembro de 1980. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: . Acesso em 20 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8142 de 19 de setembro de 1980. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)

e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: Acesso em 20 jan. 2023

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p. : il. – (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS, Eixo 1, v. 1)

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Presidência da República, [2000]. Disponível em: em 20 .

\_\_\_\_\_. Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo, revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2012. Disponível lcp/lcp141.htm. Acesso em: 19 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que específica. Disponível em: Acesso em: 19 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional n.º 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2016. Disponível em: ccivil\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 19 jan. 2023.

. Projeto de lei complementar nº 241 de 26 de outubro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Brasília, DF, 2016. Disponível em: . Acesso: 21 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 3. 992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de dezembro de 2017. Disponível em: ortaria-de-consolidacao-no-6gmms-de-28-de-setembro-de-2017-para-dispor-sobre-ofinanci-amento-e-transferencia-dos-recursos-fe . Acesso em 20 jan. 2023.

CONCEIÇÃO. Tainá Souza, CISLAGHI. Juliana Fiúza, TEIXEIRA, Sandra Oliveira. O Financiamento da saúde no Brasil: principais dilemas. *Temporalis*, 12(23), 97–124. 2012. Disponível em: . Acesso em: 25 jan. 2023.

CUNHA, Jarbas Ricardo Almeida. O (Des)financiamento do direito à saúde no Brasil: uma reflexão necessária. *Revista de Direitos Sociais, Seguridade e Previdência Social. Encontro Virtual*. v. 7. n. 1. p. 59–77. Jan/Jul. 2021. Disponível em: . Acesso em: 16 jan 2023.

DONIZETE, Jonas, SOUZA, Carmino Antônio. A simplificação da gestão municipal de saúde: Urgente e Necessária. *Revista CONASEMS* edição nº 70, Brasília. 2017. Disponível em: 18 Acesso em 23 de jan. 2023.

FUNCIA, Francisco R. Flexibilização dos critérios de transferências de recursos fundo a fundo no âmbito do SUS: notas para debate. Instituto de Direito Sanitário Aplicado, Campinas, 16 jul. 2017. Disponível em: Acesso em 20 jan. 2023.

MENDES, Áquilas, CARNUT, Leonardo, GUERRA, Lucia Dias da Silva. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 224–243, 2018.

MOUSINHO, Caio de Carvalho. Avaliação do novo modelo de financiamento e alocação de recursos no SUS: flexibilização ou sucateamento? 2020. 19 f., il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Orçamento e Políticas Públicas) Universidade de Brasília, Brasília, 2020

VIEIRA. Fabiola Sulpino. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. *Rev Saude Publica*. 2020, 54:127. Disponível em: . Acesso: 23 Jan 2023.

*Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante; Andréa de Sousa Quintela; Antonio Rodrigues Ferreira Júnior; Fernando Nogueira Cavalcante; Helena Alves de Carvalho Sampaio; Helena Alves de Carvalho Sampaio; Lídia Andrade Lourinho; Maria Luciana de Almeida Lima; Sabrina Montenegro Cruz; Willan Nogueira Lima*

## INTRODUÇÃO

Políticas Públicas de Saúde são todas as ações e programas governamentais que visam melhorar as condições de saúde da população como um todo. Isso inclui tanto ações de serviços de atendimento, como de proteção e promoção da saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 2.436/2017) como prioridade da Rede de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

A Atenção Básica é a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às Redes de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade e integralidade.

Estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território.

A APS deve cumprir três funções especiais:

- Resolução: visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;
- Organização: visa organizar os fluxos e os contra fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;
- Responsabilização: visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) se estabelece pela soma de atores – movimentos sociais, profissionais da saúde, usuários e gestores das três esferas de governo – que contribuem para a consolidação do Sistema Único

de Saúde (SUS) e tem como função organizar o modo como os pacientes chegam e são encaminhados dentro do SUS.

O relatório objetiva descrever sobre a política da atenção primária em um contexto nacional e suas relevâncias ao longo da história.

## ACHADOS E ANÁLISE CRÍTICA

Durante o período colonial e imperial não existiam políticas públicas voltadas para saúde e saúde tinha caráter curativista e centrado na doença, como também o acesso a saúde era determinado pela classe social e os pobres dependiam de atendimentos filantrópicos, caridades ou crenças.

Sendo que em 1808 a família real chega ao Brasil e é criado o primeiro curso de medicina e em 1822 após a independência, Dom Pedro II determinou a criação de órgãos para inspecionar a saúde, evitando epidemias e foi criada medidas de saneamento básico.

No final do século XIX surge ações de campanha de vacinação contra a varíola, modelo era centralizado e hierarquizado. A primeira proposta governamental de APS, relatório Dowson 1920 foi referência no sistema de saúde inglês e serviu de base para a APS no Brasil. Reconhecidamente um dos mais bem-sucedidos do mundo, esse relatório propôs a prestação de serviços de atenção primária por equipes de médicos e pessoal auxiliar em centros de saúde para cobertura de toda a população.

Em 1978 através da organização mundial da Saúde e a Unicef ocorreu a conferência internacional de atenção primária desenvolvida em Alma-Ata e teve como estratégia a redução das disparidades entre os países centrais e os de terceiro mundo, participação dos usuários e a APS como um importante fator para atingir a meta de saúde para todos até 2020.

A Declaração de Alma-Ata afirma a responsabilidade dos governos sobre a saúde de seus povos por meio de medidas sanitárias e sociais, reiterando a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais. Destaca-se que a realização dessa meta demanda a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde. O texto denuncia a chocante desigualdade existente no estado de saúde dos povos e conclama as agências internacionais e os governos ao esforço para a redução da lacuna existente entre o estado de saúde nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido objeto crescente de interesse e prioridade das políticas públicas nas últimas décadas no Brasil e no mundo. Em movimentos nacionais e internacionais de reforma dos sistemas de saúde, as propostas, em geral, atribuem à APS um papel crucial de porta de entrada e ordenadora de todo o sistema. Nessa proposta, os centros primários de saúde integrariam uma rede que abrange os centros de saúde secundários, hospitais-escola e serviços domiciliares.

Relatório Dawson que na década de 1920 foi referência no processo de reforma do sistema de saúde inglês, reconhecidamente um dos mais bem-sucedidos do mundo. Esse documento, propunha, àquela época, um desenho regionalizado do sistema de serviços de saúde e apontavam a necessidade de criação de centros de saúde onde os pacientes estariam vinculados com seus próprios médicos.

Na primeira vertente de questionamento, aprofundava-se a crítica à OMS no que se refere à abordagem vertical dos programas de combate a doenças transmissíveis, como a malária, desenvolvidos com intervenções seletivas e descontextualizadas durante a década de 1960. Em contexto mundial favorável, no qual predominavam os governos socialdemocratas em países europeus, a OMS passou por uma renovação e, em 1973, Halfdan Mahler, um médico com senso de justiça social e

experiência em saúde pública em países em desenvolvimento, assumiu a direção da OMS, que começou a desenvolver abordagens ‘alternativas’ para a intervenção em saúde. Considerava-se que as intervenções verticais não respondiam às principais necessidades de saúde das populações e que seria preciso avançar desenvolvendo concepções mais abrangentes, dentre elas a de APS. Foi assim que Mahler propôs em 1976 a meta: Saúde para Todos no Ano 2000.

Ainda na década de 1980 foi criado o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS), transformado, posteriormente, em Estratégia de AIS, visando à descentralização e no reforço dos municípios, com articulação programático-funcional das ações de saúde desenvolvidas pelas diversas instituições de saúde (Ministério da Saúde, Inamps, secretarias estaduais e municipais) no nível local. As unidades básicas de saúde eram responsáveis pela prestação de atenção integral à saúde do indivíduo, independente de vinculação previdenciária. Na vigência das AIS, houve grande expansão da rede básica de serviços municipais

O aprofundamento do processo de Reforma Sanitária Brasileira culminou em 1988 com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, talvez o evento de maior importância dos últimos 50 anos para a saúde, com a participação de mais de cinco mil delegados entre representantes do governo, profissionais e sociedade civil. Que reafirmou a saúde como direito e dever do Estado e definiu os princípios e as diretrizes para o arcabouço institucional do que viria a ser o Sistema Único de Saúde brasileiro.

Ao longo da existência do SUS houve queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis, da morbimortalidade materno-infantil e das causas evitáveis de morte, e o conseqüente aumento da expectativa de vida impacta a longevidade da população em anos de vida saudáveis.

O Brasil criou o Sistema Único de Saúde (SUS) em um período de emergência de políticas sociais no final da década de 1980, com a proposta de universalizar a oferta de serviços públicos de saúde e descentralizar o poder político nas esferas de governo, possibilitando maior autonomia aos estados e municípios para implementar políticas (ARRETCHE, 1999).

Atenção primária à Saúde (APS) que é reconhecida internacionalmente como um fator de benefício na sustentação de sistemas de saúde de qualidade (GIOVANELLA, 2018).

Os cuidados primários maximizam o potencial resolutivo dos serviços, pois seu foco está na promoção e prevenção, funcionando como porta de entrada do usuário e atuando sobre os problemas de saúde em uma perspectiva ampliada (STARFIELD, 2002).

Nesse período as ações em saúde pública tinham um caráter curativista, ou seja, agiam centradas na doença. A partir da década de 1970, com o surgimento do movimento sanitário ações preventivas começaram a ser realizadas em contextos específicos, através destas experiências o modelo de atenção à saúde do SUS foi sendo constituído (FALLETI, 2010).

Em oposição àquele modelo de cuidados altamente centralizado e hierarquizado, sem acesso inclusivo à população e com grandes demandas em

relação à saúde pública, as mudanças constitucionais de 1988 enfatizavam uma descentralização política. O caráter de federação descentralizada redefiniu competências das esferas de governo, distribuindo o poder político pelo território nacional (ALMEIDA, 2001).

A descentralização política ampliou o poder e a responsabilidade dos municípios para executarem as políticas públicas, de modo que cada Governo municipal pode construir sua rede de Atenção Básica de acordo com seus interesses, vontades e capacidades. A descentralização no cuidado direcionou a atenção para fatores externos da doença, demandando um reconhecimento de suas causas e de seus contextos. Apesar da escolha, durante a década de 1990, de distanciar-se de uma APS seletiva, a PNAB sofreu diversas mudanças em suas diretrizes nos últimos anos. A seguir vamos percorrer os principais marcos regulatórios desta política no Brasil, para buscar entender para onde suas reformas estão apontando.

A política nacional de vigilância em saúde compreende a articulação dos saberes, processos e práticas relacionados à vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental, vigilância em saúde do trabalhador e vigilância sanitária e alinha-se com o conjunto de políticas

de saúde no âmbito do SUS, considerando a transversalidade das ações de vigilância em saúde sobre a determinação do processo saúde doença.

Em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que realizava um trabalho de coleta de dados sobre as condições de vida e de saúde da população. Os ACS são burocratas de nível de rua que atuam na implementação de cuidados primários à saúde, coletando dados referentes a um território específico.

ACS acabam se tornando atores híbridos, burocratas comunitários, ou seja, têm duplo pertencimento: ao Estado e à comunidade” (2015, p. 91). O pertencimento comunitário faz do ACS um ator fundamental para a aproximação da política pública à realidade de seus usuários, e por isso, central na implementação da APS. Através deste programa a mortalidade infantil brasileira tem uma queda significativa.

Em 1993, o PACS foi incorporado ao Programa Saúde da Família (PSF) e incluiu os ACS em uma equipe de saúde composta por médico/a, enfermeiro e técnico de enfermagem. Entretanto, diante do sistema federativo do Brasil e da autonomia dada às unidades subnacionais e aos municípios, a expansão deste programa dependia da capacidade política dos municípios em implementar estas equipes.

Ainda em 2019, como reformulação do Programa Médicos pelo Brasil, o Governo Federal autorizou que os municípios possam instituir uma Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Que consiste em permitir que os municípios concedam a execução de políticas da atenção primária à saúde para serviços autônomos, empresas de direito privado a quem o poder público delega a prestação dos serviços de APS (BRASIL, 2019). O programa Médicos pelo Brasil, foi a continuidade ao Programa Mais Médicos (PMM), em seu eixo de provisão de profissionais em zonas remotas e desfavorecidas. Abandona, porém, o componente de intervenção na graduação médica e ampliação das vagas de residência em MFC – padrão ouro para atuação em conformidade ao modelo assistencial da APS –, e o eixo voltado à melhoria da infraestrutura das UBS. Nesse sentido, apresenta escopo mais restrito que seu antecessor.

O modelo de financiamento da Atenção primária teve diversas mudanças no decorrer da história do Sistema Único de Saúde, sendo

que em 12 de novembro de 2019, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.979 que institui o Programa Previne Brasil, apresentando mudanças no financiamento da atenção primária. De acordo com esta portaria, o financiamento federal não seguirá mais o percentual per capita do PAB, mas sim um novo percentual definido por: I) Captação ponderada; II) Pagamento por desempenho e; III) Incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019).

O “pagamento por desempenho” consiste em um cálculo a partir do cumprimento de metas pelas equipes e condicionado ao tipo de equipe. Já o cálculo para “incentivo de ações estratégicas”, consiste em investimentos para as unidades que desempenham ou possuem algum tipo de ação específica – como Equipe de saúde bucal, equipe de consultório na rua, Equipe de saúde da família ribeirinha, entre

outras (BRASIL, 2019). Nota-se que essa portaria altera os critérios de financiamento da ESF e, também, modifica as normas para cadastro das famílias. Com o critério de “captação ponderada” o atendimento passa a priorizar pessoas em condições sociais mais vulneráveis, não restringe o atendimento a qualquer pessoa que procurar o serviço de saúde, mas focaliza as ações em grupos populacionais mais vulneráveis.

## CASO DE APLICACÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

A necessidade de implementação de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) em todo o sistema de saúde brasileiro, surgiu pela falta de padronização dos procedimentos para obtenção e tratamento dos dados em saúde; o elevado número de sistemas de informação em saúde e sua heterogeneidade; da dificuldade de conectividade dos serviços de saúde à internet; da insuficiência de estratégias de financiamento no campo da informatização em saúde; da deficiência relativa de qualificação profissional e da importância de alinhamento do Brasil às ações e estratégias internacionais no campo das tecnologias da informação. A PNIIS foi formulada com a participação das 3 instâncias gestoras do SUS e de entidades vinculadas ao Ministério da Saúde como, Anvisa, Funasa, Fiocruz, controle social e outros.

Desde a promulgação da Lei nº 8.080/90, em seu Art. 47, que o Ministério da Saúde, junto com as demais esferas federais do Sistema

Único de Saúde (SUS) planejava a organização de um sistema nacional integrado de informação em saúde. Dessa forma, a temática em questão passou a ocupar lugar relevante no relacionamento governo, cidadão e instâncias governamentais; para isso, o Ministério da Saúde (MS) redefiniu o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO) em 2011 (BRASIL, 2011b, p. 1), definindo-o como “instância de decisão colegiada, com funções diretivas, normativas e fiscalizadoras das atividades relativas aos sistemas de informação e informática em saúde no âmbito do Ministério da Saúde

Para a viabilidade desta Política deve-se realizar várias ações: melhorar a qualidade das informações em saúde registradas, determinar as funções de cada setor vinculado às esferas governamentais, proporcionar uma estrutura de

conectividade em consonância com todos os sistemas, dimensionar e viabilizar a criação de novos sistemas de informação em saúde e definir normas para compartilhamento das informações inseridas nos diversos sistemas de informação da saúde. A PNIIS apresenta os seguintes princípios norteadores:

1. A informação em saúde destina-se ao cidadão, ao trabalhador e ao gestor da saúde;
2. A produção da informação em saúde deve abarcar a totalidade das ações de controle e participação social, coletiva e individual, as ações da atenção à saúde e as ações de gestão;
3. A gestão da informação em saúde integrada e capaz de gerar conhecimento;
4. A democratização da informação em saúde como um dever das instâncias públicas e privadas de saúde;
5. A informação em saúde como elemento estruturante para a universalidade, a integralidade e a equidade social na atenção à saúde;
6. O acesso gratuito à informação em saúde como direito de todo indivíduo;
7. A descentralização dos processos de produção e disseminação da informação em saúde para atender às necessidades de

compartilhamento de dados nacionais e internacionais e às especificidades regionais e locais;

8. A preservação da autenticidade e integridade da informação em saúde;
9. A confidencialidade, sigilo e privacidade da informação de saúde pessoal como direito de todo indivíduo.

Nessa contextualização deve-se focar também na formação pessoal, por meio da promoção, qualificação e da educação permanente de colaboradores e gestores dos diversos serviços de saúde; O Ministério da Saúde deve incluir conteúdos relacionados à área de informatização em saúde nos cursos de graduação e pós-graduação e Incentivar o desenvolvimento de programas específicos para a formação em educação na área de saúde, como também a utilização das informações geradas nos serviços, capaz de subsidiar os processos de produção e difusão do conhecimento, gestão, organização da atenção à saúde e controle social Cominadas de forma inovadora, a tecnologia da informação e a integração dos sistemas brasileiros de informação em saúde constituem uma ferramenta importante na difusão da equidade na atenção integral à saúde do cidadão, elencando a atenção

básica como principal porta de entrada do usuário e integrando-o aos demais níveis de atenção.

Todo esse processo de compilação de dados, poderá auxiliar em diversas tomadas de decisões por parte da gestão da vigilância em saúde, como o diagnóstico e monitoramento epidemiológico regional por meio de medidas de prevenção e controle de agravos e dos determinantes e condicionantes sociais que envolvem o processo de adoecimentos nas diversas patologias.

Todo o processo de desenvolvimento da política de informação e informatização espera os seguintes benefícios: levar internet aos estabelecimentos de saúde; melhoria do atendimento mediante acesso às informações de saúde; maior segurança nos dados e fortalecimento da continuidade do cuidado; potencialização da capacidade de ação do Governo de formulação de políticas públicas.

O financiamento por meio das três esferas de governo deve viabilizar a implantação dos pilares da PNIIS: a infraestrutura, a conectividade; a governança e a gestão de pessoas na área de informação em saúde; as tecnologias e o desenvolvimento de meios legais para viabilizar a privacidade dos dados identificados. Esse recurso foi alocado por meio de portarias governamentais.

### **Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019:**

Instituiu o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - **Informatiza APS**, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e estabelecendo o incentivo financeiro federal mensal aos municípios e Distrito Federal que aderirem ao Programa.

O uso de sistema de prontuário eletrônico nos ambientes de atendimento direto ao cidadão, devem ser devidamente preenchidos a cada atendimento e com envio adequado de dados ao Ministério da Saúde; ser utilizado em toda a rede de Atenção Primária à Saúde, preferencialmente o Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC da estratégia e-SUS APS, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, ou outro sistema compatível com o modelo de dados adotado pelo Ministério da Saúde.

O sistema de prontuário eletrônico deve atender aos requisitos definidos pelo Ministério da Saúde e possuir as seguintes características principais:

1. Registro de anamnese, exame objetivo e variáveis clínicas;
2. Prescrição de medicamentos ou outros métodos terapêuticos;
3. Emissão de atestados e outros documentos clínicos;
4. Solicitação de exames e outros métodos diagnósticos complementares;
5. Encaminhamentos a outros pontos da rede de atenção à saúde; e
6. Acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais.

Os critérios de adesão; o monitoramento das informações; as competências federais, estaduais e municipais; as possibilidades de suspensão do recurso; bem como os valores financeiros de custeio: R\$ 1.700,00 (mil e setecentos reais), nos casos de município urbano ou município intermediário adjacente; R\$ 2.000,00 (dois mil reais), nos casos de município intermediário remoto ou município rural adjacente; ou R\$ 2.300,00 (dois mil e trezentos reais), nos casos de município rural remoto, foram descritos na portaria.

Desvantagens da utilização de prontuários em papel: Gasta maior tempo na busca pelo prontuário; assume riscos de perda das informações por erros humanos, acidentes, incêndios, furtos, falsificação, etc. Desafio de leitura pela “letra difícil” de alguns profissionais; risco de vazamento de informações.

Vantagens dos profissionais que utilizam o prontuário eletrônico: mais detalhes nas anotações sobre o paciente, devido à praticidade do preenchimento; rápido acesso: em poucos cliques; todas as informações ficam ao alcance dos interessados; maior segurança das informações, sem riscos de vazamento; registro contínuo do histórico do paciente, o que ajuda na tomada de decisões; fácil leitura dos dados preenchidos; estrutura visual acelera a interpretação e as decisões; necessidade de permissão de acesso: assim, apenas profissionais autorizados pela instituição e pelo paciente podem acessar as informações do prontuário.

### **Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020:**

Institui o Programa **Conecte SUS** e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Nacional de Dados em Saúde, voltado à informatização da atenção à saúde e à integração dos estabelecimentos de saúde públicos e privados e dos órgãos de gestão em saúde dos entes federativos, para garantir o acesso à informação em saúde necessário à continuidade do cuidado do cidadão. O Programa Conecte SUS possui os seguintes objetivos:

1. Implantar a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), de que tratam o art. XXXX da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;

2. Apoiar a informatização dos estabelecimentos de saúde que compõem os pontos de atenção à saúde, iniciando pela Atenção Primária à Saúde, por meio de ações como o Programa Informatiza APS, de que trata o art. 504-A da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, previsto na Portaria nº 2.984, de 11 de novembro de 2019;
3. Promover o acesso do cidadão, dos estabelecimentos de saúde, dos profissionais de saúde e dos gestores de saúde às informações em saúde por meio de plataforma móvel e de serviços digitais do Ministério da Saúde;
4. Implementar outras iniciativas para a consecução das finalidades do Programa Conecte SUS.

A adoção de novos padrões nacionais de interoperabilidade em saúde deve ser precedida de avaliação técnica em que sejam demonstrados, no mínimo:

1. Os custos de adoção do padrão;
2. Os esforços necessários para a adoção do padrão;
3. A adoção por outros órgãos ou instituições do setor de saúde brasileiro em caráter não experimental ou acadêmico;
4. A adoção pelo setor de saúde dos governos de outros países, especialmente por aqueles que sejam parceiros do Brasil ou com os quais o Brasil coopere;
5. A vantagem de sua adoção em relação a outros padrões que atendam à mesma finalidade.

Ficou também instituído a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), componente do Sistema Nacional de Informações em Saúde - SNIS, de que trata o art. 47 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que consiste em uma plataforma nacional voltada à integração e à interoperabilidade de informações em saúde entre estabelecimentos de saúde públicos, privados e órgãos de gestão em saúde dos 3 entes federativos, para garantir o acesso à informação em saúde necessário à continuidade do cuidado do cidadão. A RNDS integrará, informações relativas: à atenção à saúde, em sua integralidade; à vigilância em saúde;

As informações constantes da RNDS poderão ser utilizadas para os fins: clínicos e assistenciais; epidemiológicos; de vigilância em saúde; estatísticos e de pesquisas; de gestão; regulatórios; de subsídio à formulação, à execução, ao monitoramento e à avaliação das políticas de saúde.

A integração na RNDS das informações será feita de forma gradativa até a concretização dessa rede como a única via de interoperabilidade nacional em saúde, devendo as demais iniciativas nacionais de interoperabilidade em saúde convergirem para ela. Compete ao Departamento de Informática do SUS do Ministério da Saúde - DATASUS implementar a RNDS e promover a integração e a interoperabilidade das informações em saúde nessa rede.

### **Portaria nº 3.193, de 27 de novembro de 2020:**

Instituiu o incentivo financeiro federal, em caráter excepcional e temporário, para informatização das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, por meio da implementação de Prontuário Eletrônico. Considerando para isso a necessidade do recebimento de dados de saúde em tempo oportuno, a fim de subsidiar e qualificar a tomada de decisão nas três esferas de gestão, voltadas ao enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus; e também para garantir a continuidade e o compartilhamento de dados entre diferentes serviços e em diferentes níveis de atenção para a qualificação das ações de saúde.

O incentivo financeiro de que dispõe esta Portaria deverá ser executado para a aquisição de equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde. o Valor

financeiro, as formas de adesão e o monitoramento ao programa informatiza APS também foram descritos na referida portaria.

A necessidade de implementação de uma Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) em todo o sistema de saúde brasileiro, surgiu pela falta de padronização dos procedimentos para obtenção e tratamento dos dados em saúde; o elevado número de sistemas de informação em saúde e sua heterogeneidade; da dificuldade de conectividade dos serviços de saúde à internet; da insuficiência de estratégias de financiamento no campo da informatização em saú-

de; da deficiência relativa de qualificação profissional e da importância de alinhamento do Brasil às ações e estratégias internacionais no campo das tecnologias da informação. A PNIIS foi formulada com a participação das 3 instâncias gestoras do SUS e de entidades vinculadas ao Ministério da Saúde como, Anvisa, Funasa, Fiocruz, controle social e outros.

Desde a promulgação da Lei nº 8.080/90, em seu Art. 47, que o Ministério da Saúde, junto com as demais esferas federais do Sistema Único de Saúde (SUS) planejava a organização de um sistema nacional integrado de informação em saúde. Dessa forma, a temática em questão passou a ocupar lugar relevante no relacionamento governo, cidadão e instâncias governamentais; para isso, o Ministério da Saúde (MS) redefiniu o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO) em 2011 (BRASIL, 2011b, p. 1), definindo-o como “instância de decisão colegiada, com funções diretivas, normativas e fiscalizadoras das atividades relativas aos sistemas de informação e informática em saúde no âmbito do Ministério da Saúde.

Para a viabilidade desta Política deve-se realizar várias ações: melhorar a qualidade das informações em saúde registradas, determinar as funções de cada setor vinculado as esferas governamentais, proporcionar uma estrutura de conectividade em consonância com todos os sistemas, dimensionar e viabilizar a criação de novos sistemas de informação em saúde e definir normas para compartilhamento das informações inseridas nos diversos sistemas de informação da saúde. A PNIIS apresenta os seguintes princípios norteadores:

A informação em saúde destina-se ao cidadão, ao trabalhador e ao gestor da saúde;

1. A produção da informação em saúde deve abarcar a totalidade das ações de controle e participação social, coletiva e individual, as ações da atenção à saúde e as ações de gestão;
2. A gestão da informação em saúde integrada e capaz de gerar conhecimento;
3. A democratização da informação em saúde como um dever das instâncias públicas e privadas de saúde;

4. A informação em saúde como elemento estruturante para a universalidade, a integralidade e a equidade social na atenção à saúde;
5. O acesso gratuito à informação em saúde como direito de todo indivíduo;
6. A descentralização dos processos de produção e disseminação da informação em saúde para atender às necessidades de compartilhamento de dados nacionais e internacionais e às especificidades regionais e locais;
7. A preservação da autenticidade e integridade da informação em saúde;
8. A confidencialidade, sigilo e privacidade da informação de saúde pessoal como direito de todo indivíduo.

Nessa contextualização deve-se focar também na formação pessoal, por meio da promoção, qualificação e da educação permanente de colaboradores e gestores dos diversos serviços de saúde; O Ministério da Saúde deve incluir conteúdos relacionados à área de informatização em saúde nos cursos de graduação e pós-graduação e Incentivar o desenvolvimento de programas específicos para a formação em educação na área de saúde, como também a utilização das informações geradas nos serviços, capaz de subsidiar os processos de produção e difusão do conhecimento, gestão, organização da atenção à saúde e controle social.

Cominadas de forma inovadora, a tecnologia da informação e a integração dos sistemas brasileiros de informação em saúde constituem uma ferramenta importante na difusão da equidade na atenção integral a saúde do cidadão, elencando a atenção básica como principal porta de entrada do usuário e integrando-o aos demais níveis de atenção.

Todo esse processo de compilação de dados, poderá auxiliar em diversas tomadas de decisões por parte da gestão da vigilância em saúde, como o diagnóstico e monitoramento epidemiológico regional por meio de medidas de prevenção e controle de agravos e dos determinantes e condicionantes sociais que envolvem o processo de adoecimentos nas diversas patologias.

Todo o processo de desenvolvimento da política de informação e informatização espera os seguintes benefícios: levar internet aos estabelecimentos de saúde; melhoria do atendimento mediante acesso às informações de saúde; maior segurança nos dados e fortalecimento da continuidade do cuidado; potencialização da capacidade de ação do Governo de formulação de políticas públicas.

O financiamento por meio das três esferas de governo deve viabilizar a implantação dos pilares da PNIIS: a infraestrutura, a conectividade; a governança e a gestão de pessoas na área de informação em saúde; as tecnologias e o desenvolvimento de meios legais para viabilizar a privacidade dos dados identificados. Esse recurso foi alocado por meio de portarias governamentais.

### **Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019:**

Instituiu o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - **Informatiza APS**, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e estabelecendo o incentivo financeiro federal mensal aos municípios e Distrito Federal que aderirem ao Programa.

O uso de sistema de prontuário eletrônico nos ambientes de atendimento direto ao cidadão, devem ser devidamente preenchidos a cada atendimento e com envio adequado de dados ao Ministério da Saúde; ser utilizado em toda a rede de Atenção Primária à Saúde, preferencialmente o Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC da estratégia e-SUS APS, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, ou outro sistema compatível com o modelo de dados adotado pelo Ministério da Saúde.

O sistema de prontuário eletrônico deve atender aos requisitos definidos pelo Ministério da Saúde e possuir as seguintes características principais:

1. Registo de anamnese, exame objetivo e variáveis clínicas;
2. Prescrição de medicamentos ou outros métodos terapêuticos;
3. Emissão de atestados e outros documentos clínicos;

4. Solicitação de exames e outros métodos diagnósticos complementares;
5. Encaminhamentos a outros pontos da rede de atenção à saúde; 6- Acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais.

Os critérios de adesão; o monitoramento das informações; as competências federais, estaduais e municipais; as possibilidades de suspensão do recurso; bem como os valores financeiros de custeio: R\$ 1.700,00 (mil e setecentos reais), nos casos de município urbano ou município intermediário adjacente; R\$ 2.000,00 (dois mil reais), nos casos de município intermediário remoto ou município rural adjacente; ou R\$ 2.300,00 (dois mil e trezentos reais), nos casos de município rural remoto, foram descritos na portaria.

Desvantagens da utilização de prontuários em papel: Gasta maior tempo na busca pelo prontuário; assume riscos de perda das informações por erros humanos, acidentes, incêndios, furtos, falsificação, etc.; Desafio de leitura pela “letra difícil” de alguns profissionais; Risco de vazamento de informações.

Vantagens dos profissionais que utilizam o prontuário eletrônico: mais detalhes nas anotações sobre o paciente, devido à praticidade do preenchimento; rápido acesso: em poucos cliques; todas as informações ficam ao alcance dos interessados; maior segurança das informações, sem riscos de vazamento; registro contínuo do histórico do paciente, o que ajuda na tomada de decisões; fácil leitura dos dados preenchidos; estrutura visual acelera a interpretação e as decisões; necessidade de permissão de acesso: assim, apenas profissionais autorizados pela instituição e pelo paciente podem acessar as informações do prontuário.

### **Portaria nº 1.434, de 28 de maio de 2020:**

Institui o Programa **Conecte SUS** e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Nacional de Dados em Saúde, voltado à informatização da atenção à saúde e à integração dos estabelecimentos de saúde públicos e privados e dos órgãos de gestão em saúde dos entes federativos, para garantir o

acesso à informação em saúde necessário à continuidade do cuidado do cidadão. O Programa Conecte SUS possui os seguintes objetivos:

1. Implantar a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), de que tratam o art. XXXX da Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017;
2. Apoiar a informatização dos estabelecimentos de saúde que compõem os pontos de atenção à saúde, iniciando pela Atenção Primária à Saúde, por meio de ações como o Programa Informatiza APS, de que trata o art. 504-A da Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, previsto na Portaria nº 2.984, de 11 de novembro de 2019;
3. Promover o acesso do cidadão, dos estabelecimentos de saúde, dos profissionais de saúde e dos gestores de saúde às informações em saúde por meio de plataforma móvel e de serviços digitais do Ministério da Saúde;
4. Implementar outras iniciativas para a consecução das finalidades do Programa Conecte SUS.

A adoção de novos padrões nacionais de interoperabilidade em saúde deve ser precedida de avaliação técnica em que sejam demonstrados, no mínimo:

1. Os custos de adoção do padrão;
2. Os esforços necessários para a adoção do padrão;
3. A adoção por outros órgãos ou instituições do setor de saúde brasileiro em caráter não experimental ou acadêmico;
4. A adoção pelo setor de saúde dos governos de outros países, especialmente por aqueles que sejam parceiros do Brasil ou com os quais o Brasil coopere; e
5. A vantagem de sua adoção em relação a outros padrões que atendam à mesma finalidade.

Ficou também instituído a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), componente do Sistema Nacional de Informações em Saúde

- SNIS, de que trata o art. 47 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que consiste em uma plataforma nacional voltada à integração e à interoperabilidade de informações em saúde entre estabelecimentos de saúde públicos, privados e órgãos de gestão em saúde dos 3 entes federativos, para garantir o acesso à informação em saúde necessário à continuidade do cuidado do cidadão. A RNDS integrará, informações relativas: à atenção à saúde, em sua integralidade; à vigilância em saúde;

As informações constantes da RNDS poderão ser utilizadas para os fins: clínicos e assistenciais; epidemiológicos; de vigilância em saúde; estatísticos e de pesquisas; de gestão; regulatórios; de subsídio à formulação, à execução, ao monitoramento e à avaliação das políticas de saúde.

A integração na RNDS das informações será feita de forma gradativa até a concretização dessa rede como a única via de interoperabilidade nacional em saúde, devendo as demais iniciativas nacionais de interoperabilidade em saúde convergirem para ela. Compete ao Departamento de Informática do SUS do Ministério da Saúde - DATASUS implementar a RNDS e promover a integração e a interoperabilidade das informações em saúde nessa rede.

### **Portaria nº 3.193, de 27 de novembro de 2020:**

Instituiu o incentivo financeiro federal, em caráter excepcional e temporário, para informatização das equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, por meio da implementação de Prontuário Eletrônico. Considerando para isso a necessidade do recebimento de dados de saúde em tempo oportuno, a fim de subsidiar e qualificar a tomada de decisão nas três esferas de gestão, voltadas ao enfrentamento da situação de emergência de saúde pública decorrente do coronavírus; e também para garantir a continuidade e o compartilhamento de dados entre diferentes serviços e em diferentes níveis de atenção para a qualificação das ações de saúde.

O incentivo financeiro de que dispõe esta Portaria deverá ser executado para a aquisição de equipamentos para as Unidades Básicas de Saúde. O Valor financeiro, as formas de adesão e o monitoramento ao programa informatiza APS também foram descritos na referida portaria.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 7. 508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8. 080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 29 jun. 2011a. Seção 1, p.1. Disponível em: <>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2. 072, de 31 de agosto de 2011. Redefine o Comitê de Informação e Informática em Saúde (CII-INFO/MS) âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 2 set. 2011b. Seção1,p. 93. Disponível:<\_31\_08\_2011.html>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: proposta versão 2.0. Brasília, 2004. Disponível em: <PoliticaInformacaoSaude29\_03\_2004.pdf f>.

MARTINS, M. B, CARBONAI, D. Atenção primária à saúde: a trajetória brasileira e o contexto local em porto alegre. REAd (RS)1 | Porto Alegre – Vol. 27 – N.º 3 Setembro/ Dezembro 2021 – p. 725-748.

Lei nº 8. 080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055. Disponível em: < leis/18080.htm>.

MENEZES, et al. Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, [S. L. ], v. 25, n. 5, p. 1751-1764, maio 2020. FapUNIFESP (SciELO).

S. M. F et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. RIO DE JANEIRO, V. 43, N. ESPECIAL 5, P. 82-93.

SOUSA, M. F. et al. Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. Saúde em Debate, [S. L. ], v. 43, n. 5, p. 82-93, 2019. FapUNIFESP (SciELO). .

*Adriano Rodrigues de Souza; Antonio Rodrigues Ferreira Júnior; Aristides Araujo Torres; Cora Franklina do Carmo Furtado; Friedrich Engels Guedes Monteiro; Helena Alves de Carvalho Sampaio; Maria Waldenora Pereira; Mariana Pinheiro de Marchi; Raquel Sampaio Florêncio; Sílvia Vasconcelos Silva; Thereza Maria Magalhães Moreira*

## INTRODUÇÃO

Não existe uma única, nem melhor, definição sobre o que seja política pública. Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e Lynn (1980), como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais regionais. (BRASIL, 2017).

O conceito antigo de política de Atenção Primária à Saúde (APS) estava frequentemente associado a abordagens mais limitadas e centradas na doença. Antes da evolução dos princípios da APS nas últimas décadas, a atenção primária muitas vezes era percebida como um conjunto de serviços básicos de saúde voltados para o tratamento

de doenças comuns, sem necessariamente incorporar uma abordagem abrangente e preventiva (STARFIELD, 2002; WHO, 1978).

### **1. Enfoque na Cura de Doenças:**

- A APS anterior tinha uma ênfase maior na cura de doenças existentes do que na prevenção ou na promoção da saúde.
- O modelo biomédico predominante centrava-se na resolução de problemas de saúde específicos em vez de adotar uma visão mais holística.

### **2. Cuidados Básicos e Limitados:**

- Era muitas vezes percebida como a prestação de cuidados básicos e limitados, frequentemente limitados a tratamentos ambulatoriais para condições agudas e comuns.

### **3. Foco na Resposta a Demandas Imediatas:**

- A abordagem era muitas vezes reativa, respondendo às demandas imediatas dos pacientes em vez de adotar uma abordagem preventiva ou proativa.

### **4. Baixa Ênfase em Promoção da Saúde:**

- A promoção da saúde e a prevenção de doenças não eram necessariamente aspectos centrais da atenção primária. A abordagem era mais voltada para a resolução de problemas quando surgiam.

### **5. Modelo de Tratamento Fragmentado:**

- O modelo frequentemente resultava em tratamento fragmentado, com pouca coordenação entre diferentes profissionais de saúde e falta de continuidade nos cuidados.

## **6. Acesso Limitado e Desigualdades:**

- Acesso limitado aos serviços de saúde, especialmente em comunidades desfavorecidas, muitas vezes resultava em desigualdades no atendimento.

## **7. Ênfase no Ambiente Ambulatorial:**

- A atenção primária era frequentemente associada a ambientes ambulatoriais, com menos consideração pelos cuidados domiciliares e pela integração de serviços comunitários.

O conceito moderno de política de Atenção Primária à Saúde (APS) reflete uma abordagem mais abrangente, centrada no paciente, preventiva e integrada. A APS contemporânea visa não apenas tratar doenças, mas também promover a saúde, prevenir condições e oferecer cuidados coordenados e acessíveis (BRASIL, 2017).

### **1. Centrada no Paciente:**

- A APS atual coloca o paciente no centro do cuidado, enfatizando a importância da participação ativa do paciente na gestão de sua saúde.
- Busca entender as necessidades, valores e preferências dos pacientes para personalizar os cuidados de acordo.

### **2. Prevenção e Promoção da Saúde:**

- Há uma ênfase significativa na prevenção de doenças e na promoção da saúde, incentivando estilos de vida saudáveis e abordando fatores de risco.
- A APS procura identificar precocemente problemas de saúde e intervir antes que se tornem crônicos ou mais graves.

### **3. Equidade e Acesso Universal:**

- Defende a equidade no acesso aos serviços de saúde, reconhecendo e abordando desigualdades na distribuição de recursos e cuidados.

- Busca garantir que todos tenham acesso a serviços de qualidade, independentemente de sua condição socioeconômica ou localização geográfica.

#### **4. Cuidado Coordenado e Integral:**

- A APS moderna promove a coordenação de cuidados entre diferentes profissionais de saúde e serviços, visando oferecer cuidados integrais contínuos ao longo do tempo.
- Incentiva a integração de serviços de saúde mental, física e social para uma abordagem mais holística.

#### **5. Envolvimento Comunitário:**

- Reconhece a importância do envolvimento comunitário na definição de políticas e práticas de saúde.
- Busca entender e atender às necessidades específicas das comunidades, promovendo a participação ativa e a colaboração.

#### **6. Ênfase na Atenção Domiciliar:**

- Reconhece a importância dos cuidados domiciliares, quando apropriado, para oferecer serviços mais personalizados e facilitar o gerenciamento de condições crônicas.

#### **7. Uso de Tecnologia e Inovação:**

- Incorpora avanços tecnológicos e inovações para melhorar a eficiência, a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde na APS.

#### **8. Enfoque na Educação em Saúde:**

- Promove a educação em saúde como uma ferramenta essencial para capacitar os indivíduos a tomarem decisões informadas sobre sua saúde e estilo de vida.

## ACHADOS E ANÁLISE CRÍTICA

A implementação de uma política de Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se vital diante dos desafios contemporâneos na área da saúde. A APS, como porta de entrada do sistema de saúde, desempenha um papel crucial na oferta de cuidados básicos, integrais e coordenados ao longo da vida dos indivíduos.

O contexto atual destaca diversas razões para a criação e fortalecimento dessa política. Em primeiro lugar, a APS é essencial para a prevenção e promoção da saúde, possibilitando a implementação de ações preventivas e educativas na comunidade. Isso contribui significativamente para a redução de doenças e a melhoria geral da qualidade de vida.

A crescente prevalência de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, destaca a necessidade de uma abordagem eficaz na APS. O acompanhamento contínuo dessas condições pode prevenir complicações e reduzir os custos associados a tratamentos hospitalares.

Além disso, a APS desempenha um papel crucial na descentralização e regionalização dos serviços de saúde, aliviando a pressão sobre os hospitais e proporcionando atendimento mais próximo e acessível à população. Essa descentralização contribui para a redução das desigualdades em saúde, assegurando o acesso universal aos cuidados básicos, independentemente das condições socioeconômicas.

Do ponto de vista financeiro, a APS também é uma estratégia sustentável para o sistema de saúde, uma vez que os custos tendem a ser mais baixos quando as condições de saúde são tratadas precocemente, evitando hospitalizações desnecessárias.

Em situações de emergência, como epidemias ou pandemias, a APS desempenha um papel crucial na detecção precoce, isolamento e tratamento de casos, além de coordenar ações de prevenção e conscientização.

Portanto, a criação de uma política sólida de Atenção Primária à Saúde não apenas aprimora a eficiência do sistema de saúde, mas também promove a equidade, a prevenção e a sustentabilidade a longo prazo. Investir na APS é investir na saúde da população e na construção de uma sociedade mais saudável e resiliente.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida internacionalmente como um nível estratégico de cuidados na construção de sistemas de saúde sustentáveis que possam satisfazer de forma justa, eficiente e decisiva as diversas necessidades da população. No entanto, as abordagens e formas de organização dos serviços de saúde variam consideravelmente entre os países da América Latina e do mundo, em relação às ideias que impulsionam as políticas públicas, os modelos de seguro social e os sistemas de saúde nos quais estão integrados (Giovannella; Franco; Almeida, 2020).

Historicamente, a APS é o primeiro nível de cuidados associados ao estabelecimento de sistemas de saúde universais na Europa e na União Soviética após a Segunda Guerra Mundial. Neste contexto, a APS destaca-se como base de uma organização sistemática, responsável pelo primeiro contato com a população e por garantir a longitudinalidade, integridade e coordenação do tratamento (Mendes; Carnutti, 2020).

Os cuidados de saúde seletivos são conceptualmente construídos como distintos dos cuidados de saúde abrangentes, como parte de uma crítica ao seu âmbito formalizada num relatório do Banco Mundial de 1993. Oferece uma gama limitada de serviços, geralmente focados em populações com maior vulnerabilidade socioeconómica. Este entendimento está intimamente relacionado com os modelos de proteção social e sistemas de saúde mais restritivos, que as organizações internacionais recomendaram na década de 1990 para implementar reformas estatais na América Latina (Melo et al., 2020).

No Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) tornou-se o principal modelo de APS do Sistema Único de Saúde (SUS) na segunda metade da década de 1990, por meio de regulamentação federal em mecanismos financeiros, e permaneceu como política primária em 2009. Os destaques incluem: a criação do PSF em 1994 e sua transformação em Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1996; implementação de procedimentos de transferência e variável de atenção primária) desde 1998; e a publicação da Política Nacional de recursos e incentivos financeiros federais para financiar a APS (camada fixa de Atenção Básica (PNAB) em 2006 e sua revisão em 2011. É importante ressaltar

que, apesar das dificuldades e deficiências, as políticas voltadas ao fortalecimento dos serviços de saúde no Brasil foram as que mais promoveram a implementação de medidas de saúde. Serviços, Princípios e diretrizes do SUS, pois geraram diversas mudanças no modelo municipal de atenção e gestão em saúde (Gomes et al., 2020).

Recentemente, o papel dos serviços de saúde nos sistemas de saúde tem sido avaliado na resposta dos países à pandemia de covid-19. A atenção à saúde foi importante tanto no diagnóstico precoce, no acompanhamento de casos leves e no monitoramento da saúde, como na continuidade do cuidado e do apoio social a determinados grupos populacionais por meio de atividades intersetoriais. Destaca-se também seu papel nos atendimentos remotos, rastreamento de casos e contatos, vigilância epidemiológica e coordenação com vacinação. Resultados mais ou menos sólidos estão relacionados com a capacidade anterior da APS e do sistema de saúde, incluindo a disponibilidade de financiamento e de pessoal (Pinho, 2020).

Contudo, desde 2017, têm sido observadas mudanças na política nacional de saúde primária, influenciando a composição das equipes de atenção primária e indicando reversões e falhas na progressão da saúde da família, tendo a saúde da família como estratégia central (Mendes; Melo; Carnutt, 2022).

Do ponto de vista regulatório federal, observou-se que as regras tendem a reforçar uma perspectiva menos abrangente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Algumas características do modelo desenvolvido até 2017 parecem ter sido prioridades perdidas, incluindo um processo básico de trabalho multiprofissional relacionado com a área, com disposições para uma equipe alargada para promover o acesso e atividades abrangentes. Relativamente aos dados de aprovação, a composição das equipes apresenta a mesma tendência, caracterizada por um forte aumento da Equipe de Atenção Primária (eAP), uma tendência decrescente do número de ACS e de equipes multidisciplinares (Barros; Aquino; Souza, 2022).

Durante o período colonial, as práticas de saúde eram incipientes e muitas vezes estavam voltadas para o controle de epidemias. Não se tinha um projeto de intervenção na doença e sim de isolamento

dos doentes, para evitar o contágio com a população. Neste contexto surge o Leprosário, com o intuito de isolar o leproso da população e também os armazéns de desembarque de escravos que são transferidos para locais distantes e isolados, para evitar o contato de escravos doentes dos sadios. A medicina estava ligada a práticas tradicionais com uma função assistencialista e não curativa (FAUSTO, 1995).

No período colonial, com a chegada da Corte Portuguesa em 1808, instituiu-se a Polícia Médica, com função principal de controle e prevenção de epidemias. Com a falta de organização, a falta da elaboração de um projeto de análises sanitárias da cidade e um estudo das epidemias existentes, a Polícia Médica fracassou. Com a independência, as políticas de saúde pública começaram a se organizar, incluindo a criação de instituições como as Juntas de Higiene. Neste contexto surge a Provedoria, com a atribuição de realizar uma política médica de quarentena nos navios, realizar saneamento na cidade, controlar os alimentos consumidos, matadouros e açougues públicos. Com isso, a limpeza da cidade era muito importante e necessária. A medicina acadêmica se consolidou, com a criação das Academias médicas-cirúrgicas no Rio de Janeiro e na Bahia, mas as condições sanitárias ainda eram precárias nesta época (CARVALHO, 2007).

Na república velha, começou a implementação das primeiras políticas públicas de saúde no Brasil. Foi criado os Institutos Bacteriológico e Biológico, com a descoberta dos agentes etiológicos e implementação da vacina anti-virótica. Veio a nomeação de Oswaldo Cruz para Diretor Geral da Saúde que implantou campanhas sanitárias, com a borrifação das cidades e vacinação em massa. Oswaldo Cruz estruturou a campanha contra a febre amarela em moldes militares, dividindo a cidade em dez distritos sanitários, cada qual chefiado por um delegado de saúde. A polícia sanitária adotava medidas rigorosas para o combate ao mal amarfílico, inclusive multando e intimidando proprietários de imóveis insalubres a demolí-los ou reformá-los. As brigadas; mata-mosquitos percorriam a cidade, limpando calhas e telhados, exigindo providências para proteção de caixas d'água, colocando petróleo em ralos e bueiros e acabando com depósitos de larvas e mosquitos (HOLANDA, 1976).

O governo de Getúlio Vargas marcou um avanço nas políticas de saúde com a criação do Ministério da Educação e Saúde, em 1930. O período viu a implementação de campanhas de vacinação e a organização do sistema de saúde (FAUSTO, 2006).

Durante o regime militar, a saúde pública manteve avanços, mas a política de saúde estava muitas vezes subordinada aos interesses do governo. O período foi marcado pelo desenvolvimento da medicina curativa em detrimento da preventiva (SKIDMORE, 2000).

Com a redemocratização, a saúde pública tornou-se um direito constitucional. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 consolidou um modelo de atendimento público universal e integral (SILVA, 2006).

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. No Brasil, há diversos programas governamentais relacionados à atenção básica, sendo um deles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBSs), por exemplo. Consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas UBSs (BRASIL, 2017).

A implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é ressaltada como um grande avanço, promovendo o atendimento integral e contínuo e fortalecendo a relação entre profissionais de saúde e a comunidade. A implementação da Atenção primária à Saúde também teve destaque na cobertura de serviços ofertados, a sua resolubilidade que reduziu a internação de casos mais graves e a redução da mortalidade infantil. Com suas unidades distribuídas a partir da territorialização de cada município e através da responsabilidade sanitária de cada território, a APS garante atendimento às populações mais vulneráveis, garantindo seus princípios de integralidade e equidade no cuidado em saúde (BRASIL, 2017).

Contudo, desde 2017, têm sido observadas mudanças na política nacional de saúde primária, influenciando a composição das equipes de atenção primária e indicando reversões e falhas na progressão da saúde

da família, tendo a saúde da família como estratégia central (Mendes; Melo; Carnutt, 2022).

Do ponto de vista regulatório federal, observou-se que as regras tendem a reforçar uma perspectiva menos abrangente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Algumas características do modelo desenvolvido até 2017 parecem ter sido prioridades perdidas, incluindo um processo básico de trabalho multiprofissional relacionado com a área, com disposições para uma equipa alargada para promover o acesso e atividades abrangentes. Relativamente aos dados de aprovação, a composição das equipas apresenta a mesma tendência, caracterizada por um forte aumentada Equipe de Atenção Primária (eAP), uma tendência decrescente do número de ACS e de equipas multidisciplinares (Barros; Aquino; Souza, 2022).

A Política Nacional de Atenção Básica de 2017 traz algumas alterações que marcaram mudanças significativas no modelo de atenção básica que era proposto pela publicação anterior, o que trouxe alguns impactos negativos, como a eletividade da presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na eqESF, a desvalorização da educação permanente para os profissionais da ESF, as mudanças na forma de financiamento, entre outros.

Além disso, a Atenção Primária a Saúde sofre alguns problemas crônicos e substanciais, como a precarização da infraestrutura em muitas unidades de saúde, a escassez de recursos financeiros, a falta e a rotatividade de profissionais em áreas mais precárias e a diminuição da presença dos profissionais de variadas especialidades que compõe a equipa multiprofissional, como psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas assistentessociais, educadores físicos, entre outros.

## **CASO DE APLICAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA**

Uma problemática muito comum na atuação da equipa da Estratégia Saúde da Família é a dificuldade de conscientizar os adolescentes sobre os cuidados de prevenção a saúde, pois os mesmos dificilmente frequentam as unidades de saúde e quando frequentam, costumam não ser bem acolhidos pelos profissionais. Pensando nisso, com o propósito de fortalecer o atendimento aos adolescentes, a Secretaria Muni-

pal da Saúde de Fortaleza/CE implantou, em parceria com a Secretaria Municipal da Educação, no dia 21 de setembro de 2021 o Programa Gente Adolescente em 12 Unidades de Atenção Primária à Saúde e 12 escolas municipais (duas em cada Coordenadoria Regional de Saúde).

Tendo como objetivo: fortalecer a atenção integral aos adolescentes nas Unidades de Atenção Primária à Saúde, assim como, as ações de educação em saúde nas escolas e na comunidade, o programa prevê o desenvolvimento de ações integradas entre saúde, educação e demais parceiros, compreendendo que a união dos equipamentos e, sobretudo dos seus profissionais garantirá a oferta de atendimento adequado ao público em questão.

Para o desenvolvimento das ações, o Programa prevê desde sua implantação, o alcance dos seguintes objetivos:

- Ampliação do número de consultas na UAPS;
- Garantia da cobertura para as vacinas HPV e Meningite ACWY;
- Fortalecimento das ações de educação em saúde;
- Criação do Programa Adolescente Comunicador de Saúde (ADOCS);
- Ampliação as ações de atenção em saúde mental;
- Contribuição para a redução das taxas de gravidez na adolescência e das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST);
- Apoio aos programas de redução do consumo de drogas;
- Estímulo a prática da notificação de violência;
- Garantia do acesso aos serviços de saúde dos adolescentes e cumprimento de medidas socioeducativas.

Com um ano de atuação, o programa já conseguiu desenvolver diversas ações voltadas para a melhoria do cuidado em saúde dos adolescentes, dentre eles foram a disponibilização de consultas para demandas identificadas pelos profissionais nas escolas, a capacitação dos profissionais voltada para as principais demandas de saúde dos adolescentes, o fortalecimento das ações nas escolas que aderiram o programa, entre outros.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. L. et al. Categorias institucionais das políticas de saúde no Brasil (1990-2017). *CADERNOS IBERO-AMERICANOS DE DIREITO SANITÁRIO*, v. 6, n. 2, 2017.

BARROS, Rafael Damasceno de, AQUINO, Rosana, SOUZA, Luis Eugênio Portela Fernandes. Evolução da estrutura e resultados da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2008 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 4289- 4301, 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. v. I. Disponível em: Acesso em: 15 jan. 2024.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA No 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União - DOU*, v. 183, n. Seção 1, p. 67-76, 2017. Disponível em: [https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 15 jan. 2024.

BOFF, S. O, CIOATTO, R. M. Concretização de direitos sociais por meio de políticas públicas: uma aproximação necessária. *Revista Faculdade de Direito da UFMG, Belo Horizonte*, n. 63, p. 575-613. dez. /2013. Disponível em : . Acesso em: 15 de jan. de 2024.

BOERMA, Wienke GW. Coordination and integration in European primary care. *Primary care in the driver's seat*, p. 3-21, 2006.

BOUSQUAT, Aylene et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1141-1154, 2017.

CARVALHO, J. M. A formação das almas: O imaginário da República no Brasil. “Companhia das Letras, 2007

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. Atenção Primária. Seminário para a estruturação de consensos. Caderno de informação técnica e memória de Progestores. Brasília: CONASS, 2004. (CONASS Documenta, 2).

DE MORAES FILHO, Iel Marciano, TAVARES, Giovana Galvão. Aprimorando a saúde planetária através da Atenção Primária à Saúde: Possibilidades de implementação. Revista de Divulgação Científica Sena Aires, v. 12, n. 3, p. 439-442, 2023.

DYE, Thomas D. Understanding Public Policy. Englewood Cliffs, N. J.: PrenticeHall. 1984.

FAUSTO, B. História do Brasil. Editora EDUSP, 1995.

GIOVANELLA, Lígia, FRANCO, Cassiano Mendes, ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 1475-1482, 2020.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Cadernos de Saúde Pública, v. 34, 2018.

GOMES, Clarice Brito et al. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, p. 1327-1338, 2020.

HOLANDA, S B. História Geral da Civilização Brasileira - Tomo II: O Brasil Monárquico, Tomo III: O Brasil Republicano. “ Editora Bertrand Brasil. 1976

LYNN Lynn, L. E. Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis. Santa Monica, Calif.: Goodyear. 1980.

MEAD, L. M. “Public Policy: Vision, Potential, Limits”, Policy Currents, Fevereiro: 1-4. 1995.

MENDES, Áquilas, MELO, Mariana Alves, CARNUT, Leonardo. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. Cadernos de Saúde Pública, v. 38, p. e00164621, 2022.

MENDES, Áquilas, CARNUT, Leonardo. Crise do capital, Estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. *Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política*, p. 174-210, 2020.

MELO, Eduardo Alves et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, v. 43, p. 137-144, 2020.

MELLO, Guilherme Arantes, FONTANELLA, Bruno José Barcellos, DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde-origens e diferenças conceituais. *Revista de APS*, v. 12, n. 2, 2009.

OLIVEIRA, Larayne Gallo Farias et al. Longitudinalidade na atenção primária à saúde: explorando a continuidade do cuidado ao longo do tempo. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, v. 27, n. 7, p. 3385-3395, 2023.

PINHO, Simone Barbosa. A Atenção Primária a Saúde no contexto da COVID19. *HU Revista*, v. 46, p. 1-2, 2020.

PETERS, B. G. *American Public Policy*. Chatham, N. J. : Chatham House. 1986.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TESTA M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1992.

WHO. Declaração de alma-ata. Conferencia Internacional de Cuidados Primarios. Alma-Ata: [s. n. ], 1978. Disponível em: [Ata.pdf](#)>. Acesso em: 25 jan. 2024.

*Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard; Indara Cavalcante Bezerra; Kelcione Pinheiro Lima Joter; Lisiane Melo de Carvalho; Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira; Maria Salete Bessa Jorge; Marília Félix Apolônio; Suellen Cavalcante de Sousa Vale; Thais Cavalcante Rabelo; Virna Ribeiro Feitosa Cestari*

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas ocorreram inúmeros avanços relativos às políticas setoriais públicas, em especial no setor saúde no Brasil. O movimento da reforma sanitária constituiu-se em um movimento político em torno da remodelação do sistema de atenção à saúde, tendo a compreensão da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado.

Este movimento aglutinou diversos atores sociais, formando uma ampla coalizão política em torno de princípios que sustentavam a criação do Sistema Único de Saúde e que resultaram no arcabouço jurídico da Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde - 8080, de 1990, que definiram as diretrizes de universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

A política de saúde no Brasil seguiu, nos anos 80, uma trajetória paradoxal: de um lado, a concepção universalizante, de outro, obedecendo às tendências estruturais organizadas pelo projeto neoliberal, concretizaram-se práticas caracterizadas pela exclusão social e redução de verbas públicas. Em função dos baixos investimentos em saúde e consequente queda da qualidade dos serviços, ocorreu uma progressiva migração dos setores médicos para os planos e seguros privados (MALTA, 2001).

Embora o acesso gratuito e universal do brasileiro à saúde seja garantido pela Constituição Federal, há um crescimento significativo dos planos de saúde privados, diante da deficiência do sistema público no atendimento à população.

Pietrobon, Prado e Caetano, relatam sobre o início da saúde suplementar no país:

No Brasil, a saúde suplementar começou sua estruturação após a revolução industrial, momento em que surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que pertenciam a diversas categorias e representavam os trabalhadores urbanos e que compravam as prestações de serviços de saúde. Paralelamente, nos anos 40, apareceram também as Caixas de Assistência, como a dos funcionários do Banco do Brasil (Cassi), que beneficiavam os empregados de algumas empresas por meio de empréstimos ou reembolso pela utilização de serviços de saúde externos à previdência social.

A expansão do capitalismo industrial no período pós-Segunda Guerra Mundial teve impacto importante na economia do Brasil, com a instalação de grandes empresas transnacionais na região sudeste do país, em torno de centros urbanos, como São Paulo.

Nos anos 50, surgem os sistemas assistenciais próprios fornecidos pelas empresas estatais e multinacionais que prestavam assistência médica de forma direta. Os IAPs, no ano de 1966, são então unificados, formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Essa unificação forçou a expansão dos credenciamentos de prestadores de serviços privados de saúde, privilegiando hospitais e multinacionais de medicamentos.

Os planos de saúde surgiram no Brasil na década de 1950, pois havia descontentamento com o atendimento oferecido até então pelo Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPS).

Segundo Bruno Aire da DOC Academy, as indústrias automobilísticas começaram a se estabelecer no país durante o governo de Juscelino Kubitschek e queriam uma força de trabalho mais saudável. Assim, nasceram os primeiros planos de saúde coletivos, segundo o diretor-executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fena-Saúde), José Cechin, também ex-ministro da Previdência e Assistência Social na década de 1990.

A expansão do capitalismo industrial no período pós-Segunda Guerra Mundial teve impacto importante na economia do Brasil, com a instalação de grandes empresas transnacionais na região sudeste do país, em torno de centros urbanos, como São Paulo.

O sistema de saúde também passou por grandes transformações a partir da década de 1950, com o desenvolvimento da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, gerando um novo perfil de demandas no consumo de bens e produtos de saúde. Da mesma forma, a rede de prestadores de assistência à saúde foi pressionada em direção a uma maior expansão.

Em 1956, ano em que o médico Juljan Czapski fundou a Policlínica Central, em São Paulo, considerada a primeira empresa de planos de saúde do país. Seu principal cliente foi a Volkswagen. As primeiras empresas de medicina de grupo surgem mais tarde, nos anos 1960, nas cidades do ABC paulista.

A saúde suplementar, a partir daí, só se expandiu. Nos anos de 1960, nasceram as primeiras cooperativas de saúde do país. Por iniciativa da Associação Médica Brasileira (AMB), em 1967, foi criada a primeira Unimed, que posteriormente constituiu-se em um sistema espalhado por todo o país.

Após o golpe militar de 1964, o novo governo fez uma clara opção pela expansão da rede de assistência, por meio do estímulo a empresas médicas conveniadas ao sistema público. Ao mesmo tempo, as iniciativas inovadoras de prestação de assistência a trabalhadores da indústria, por meio do pré-pagamento de planos de saúde, que haviam florescido no final dos anos 1950, foram indiretamente favorecidas por essa política. Desenvolveu-se, assim, uma rede de prestadores privados, ligados, simultaneamente, ao sistema público e ao esquema de comércio de planos de saúde (CORDEIRO, 1984).

Com esse crescimento da saúde suplementar, muitas pessoas começaram a se interessar por planos individuais, mesmo que não estivessem ligadas a uma empresa. Então, as seguradoras viram a oportunidade de começar a investir na área da Saúde – algo que de fato só foi regularizado na década de 1980. Foi uma grande evolução do setor.

Portanto, a década de 60 foi um marco na história da saúde suplementar, pelo fato de boa parte dos trabalhadores já possuir planos de saúde

Na década de 70 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), do qual fazia parte o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), que privilegia ainda mais a compra de serviços do setor privado, provocando uma capitalização crescente desse setor. A década de 80 é marcada por crises políticas, sociais e econômicas e, ainda, cresce o movimento sanitário brasileiro, que culmina na criação do SUS e na manutenção e ampliação do setor suplementar (RONCALLI, 2003).

Entre as décadas de 1980 e 1990, quando foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), já havia uma estrutura importante de empresas ligadas ao comércio de planos que atuavam sob um padrão de regulação estatal restrito a políticas fiscais e subsídios à demanda pontuais. Contudo, denúncias de negação de atendimento a pacientes gestantes de risco, idosos e HIV positivos por essas empresas repercutiram no noticiário, deram grande visibilidade à situação dos planos de pré-pagamento naquele momento.

Dentre os primeiros planos de saúde a surgirem no Brasil está a Cassi, uma autogestão criada em 1944 por um grupo de funcionários do Banco do Brasil, que é o mais antigo plano de saúde no Brasil e que ainda está em operação.

## **1.1 Indicadores**

Em 2022, o setor de planos de saúde manteve o crescimento em suas duas segmentações, como no ano anterior, e alcançou resultados significativos em números de beneficiários. De acordo com o levantamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no mês de dezembro, o setor totalizou 50.493.061 usuários em planos de assistência médica, maior número desde dezembro de 2014. Já os planos exclusivamente odontológicos registraram 30.950.314 beneficiários, o que representa a superação, pela 11ª vez no ano, do recorde histórico neste segmento (de fevereiro a dezembro).

Em relação aos dados por estado, no comparativo com dezembro de 2021, o setor registrou aumento de beneficiários em planos de assistência médica em 25 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro os que tiveram o maior ganho de beneficiários em números absolutos. Entre os odontológicos, todas as 27 unidades federativas registraram aumento no comparativo anual, sendo também São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, os estados com maior crescimento em números absolutos.

Quanto aos dados por faixa etária, observa-se que a faixa de 40 a 44 anos foi a que apresentou o crescimento mais expressivo na assistência médica (307.686 novos beneficiários), seguido pela faixa etária de 45 a 49 anos (220.093 novos beneficiários). Já as faixas etárias tiveram maior crescimento nos planos odontológicos foram 30 a 34 anos (4.130 novos beneficiários) e até um ano (4.657 novos beneficiários).

Todos os indicadores são atualizados anualmente no site da ANS.

Como o setor público não comporta a quantidade de pessoas que precisam utilizar este recurso de forma qualitativa, existe a saúde suplementar, que representa um importante pilar de sustentação do Sistema Nacional de Saúde e é indispensável para o Estado. A saúde suplementar é regulada e fiscalizada pela ANS.

O sistema suplementar brasileiro é um dos maiores do mundo e o cidadão não perde o direito ao atendimento pelo SUS. Essa é uma enorme vantagem para o brasileiro que paga o plano de saúde, ele também pode utilizar os vários serviços do SUS. O sistema suplementar de saúde tem a prestação de serviço exclusivo na esfera privada.

A Saúde Complementar é a atuação da iniciativa privada na área pública. É feito um contrato entre o setor público ou convênio com empresas, mas se dá preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos. O estado utiliza da iniciativa privada para aumentar a sua atuação em benefício público. Outro dado bastante significativo em relação à saúde suplementar é que 65% dos usuários de planos de saúde estão em planos coletivos empresariais, ressaltando a importância das empresas na economia nacional.

## ACHADOS E ANÁLISE CRÍTICA

A operação de saúde suplementar é regulada diretamente pela Agência Nacional de Saúde (ANS). As responsabilidades desse órgão são: Criar e implementar normas, fiscalizar as atividades das operadoras no mercado e regular o fluxo de serviços entre prestadores de serviços, operadoras e beneficiários.

As modalidades de saúde suplementar são:

- Administradora de Benefícios;
- Autogestão;
- Cooperativa Médica;
- Cooperativa Odontológica;
- Filantropia;
- Medicina de Grupo;
- Odontologia de Grupo;
- Seguradoras Especializadas em Saúde

Melhoria geral e abrangente da saúde da população. O principal objetivo da saúde suplementar é auxiliar na garantia do acesso da população ao plano de saúde e à assistência hospitalar. Nosso sistema de saúde (SUS) ficaria extremamente lotado se não tivéssemos a ajuda da rede particular, então, literalmente, devemos valorizar a saúde suplementar brasileira. Tratamento de doenças já instaladas, seja para a cura ou para a melhoria dos sintomas. No setor público seria para “desafogar” o SUS.

Um dado bastante importante é que 26% da população que habita o território nacional são usuários de saúde suplementar, possuem uma grande contribuição financeira para o país, pois a prática de venda de planos de saúde gera lucros financeiros absurdos para a economia do país, gera também muitos empregos e renda para várias famílias.

Os custos médicos só sobem: Em 2013, 91 bilhões de consultas médicas a cirurgias de altíssima complexidade, passando por exames diagnósticos dos mais variados.

Os Brasileiros estão acostumados a realizar muitas cirurgias sem necessidade e isso pode estar prejudicando, encarecendo os custos da

nossa saúde suplementar, podendo, com isso, no futuro, os planos começarem a implantar mais a coparticipação, o que já acontece bastante em países como os Estados Unidos. Isso pode sim acontecer aqui no Brasil porque os custos para as prestadoras estão ficando cada vez mais altos devido ao consumismo brasileiro.

A indústria de saúde privada: (Planos de saúde) tem uma forte contribuição em investimentos, geração de emprego e renda. Equipara-se em peso e desempenho da economia à indústria automobilística.

O que diferencia os modelos legais da saúde privada americana e brasileira é a coparticipação financeira dos segurados nos gastos da saúde privada. Ao serem obrigados a mexer no bolso a cada tratamento indicado, os cidadãos, nos EUA, transformaram-se em fiscais ativos e efetivos das despesas que lhes são repassadas por meio dos planos de saúde. Assim, vêm reduzindo custos de diagnósticos e cirurgias, comportamento alcunhado de “consumerismo” – mas bem diferente do consumerismo brasileiro exercido pelas autodenominadas organizações não governamentais, que buscam representar o consumidor na defesa de seus direitos. É hora de romper paradigmas para sustentar o próprio futuro da saúde privada.

O mercado da saúde suplementar existe desde, aproximadamente, os anos 60, com o crescimento do trabalho formal e a oferta de assistência médica aos colaboradores por parte das empresas, mas sua regulamentação aconteceu a partir de 1998, através da Lei 9.656/98, considerada uma divisora de águas do setor.

Já em 2000, foi criada a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde que controla as operadoras e é a determinadora de uma série de eventos e operações referentes aos planos de saúde, através da Lei 9.961.

A regulamentação do setor chegou a uma época recheada de inovação, em poucos anos, a inserção de novas tecnologias na saúde assistencial contribuíram para o avanço do setor suplementar e grandes atualizações nas coberturas dos planos.

O maior ano do setor, até o momento, foi 2014, com o número de beneficiários chegando a marca de 50 milhões no mês de dezembro, com queda contínua nos anos seguintes, até 2020.

Outros acontecimentos importantes estão relacionados a melhoria constante no atendimento ao público, como a obrigatoriedade da criação de ouvidorias por parte das operadoras a partir de 2013, o começo da presença digital de empresas nas redes sociais e o encarecimento dos planos de saúde, que chegaram a ficar 88% mais caros em um intervalo de 10 anos.

A Saúde Suplementar no Brasil conquistou oficialmente seu espaço por meio da Constituição Federal de 1988 e teve seu marco regulatório estabelecido pela Lei n. 9.656 de 1998. Apresentando-se como alternativa de obtenção de serviços assistenciais para a população, a Saúde Suplementar vem ganhando destaque não só pela quantidade de serviços realizados, mas também pela percepção da boa qualidade dos atendimentos prestados aos seus usuários. Com a responsabilidade de atender mais de 50 milhões de brasileiros, a Saúde Suplementar se fundamentou como importante pilar de sustentabilidade do setor.

Vale ressaltar que a Lei Nº 9.961/2000 criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e definiu a sua finalidade, estrutura, atribuições, receita, natureza e vinculação ao Ministério da Saúde. A regulação exercida pela agência possui papel fundamental no cumprimento das políticas determinadas pelo Estado e sua função legal é gerencial (técnica), de controle e fiscalização sobre os entes regulados no setor de Saúde Suplementar.

Entre os principais destaques da Lei nº 9.656/1998 estão as coberturas obrigatórias dos planos; o asseguramento da internação hospitalar, sem limite de tempo; a cobertura obrigatória que impede a exclusão de qualquer doença; a carência máxima, impedimento de seleção de risco, as formas de aplicação dos reajustes doença e focado na assistência médico-hospitalar especializada.

A ANS tem como missão legal (Lei Nº 9961/2000) promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

No que se refere à atenção à saúde, verifica-se que todas as ações e projetos estabelecidos trouxeram avanços para o setor privado, prepa-

rando e consolidando terreno para a mudança do modelo de atenção praticado. Dessa forma, destaca-se o importante papel da ANS no sentido de aumentar e aprimorar as informações divulgadas às operadoras de planos de saúde, aos prestadores de serviços, ao governo e à sociedade, por meio da formulação de diretrizes norteadas pela concepção de que a saúde é um bem de relevância pública.

Para regular o setor de Saúde Suplementar várias ações foram utilizadas pela ANS desde seu início, inclusive inovando e interferindo na produção do cuidado e na qualidade dos serviços prestados, são exemplo:

- Regulação da entrada e saída das empresas de planos privados, esta é uma das ações regulatórias de maior espectro adotadas pela ANS, porque ela abrange a regulação administrativa, a econômica e a da qualidade.
- Exigência de garantias financeiras ação regulatória econômica, com forte impacto na qualidade do serviço prestado, aumentando, desta forma, a sustentabilidade, a segurança e a concorrência do setor.
- Intervenção no setor caso haja desequilíbrio econômico ou assistencial (prestação de serviços), uma das ações regulatórias mais abrangentes da ANS, pois engloba ações regulatórias econômicas, assistenciais, consumeristas, sociais e, ainda, da qualidade.
- Cobrança do cumprimento dos contratos, isto é, o cumprimento da Lei, na prestação dos serviços pelas operadoras de planos de saúde e fiscalização das operadoras setoriais, ativamente e relativamente. Embora esta seja uma ação regulatória de cunho consumerista, é possível verificar seu aspecto social e a qualidade dos serviços prestados.
- A regulação dos aspectos vinculados à assistência ação de regulação é também inovadora e vai além do cumprimento dos contratos e do direito do consumidor.
- Indução da competitividade, todas as ações regulatórias da ANS induzem fortemente a competitividade, sendo que a

regulação da qualidade, através da avaliação do setor, com posterior divulgação dos resultados, permitindo comparação, tem causado movimentações no setor, de forma, que este melhore a qualidade.

A ANS tem realizado ações que obrigam as operadoras a enxergarem os consumidores como beneficiários de um produto de saúde e não como um usuário simples, dessa forma, a ANS induz que as operadoras mudem seus modelos assistenciais a partir de ações de promoção, prevenção e para o cuidado em saúde, além de ser uma atividade regulatória propriamente dita, pois cobra resultados, que tem demonstrado ser altamente indutora de boas práticas. A portabilidade entre os planos também provocará (ainda em fase inicial) competição na qualidade do serviço prestado.

No que se refere à atenção à saúde, verifica-se que todas as ações e projetos estabelecidos trouxeram avanços para o setor privado, preparando e consolidando terreno para a mudança do modelo de atenção praticado. Dessa forma, destaca-se o importante papel da ANS no sentido de aumentar e aprimorar as informações divulgadas às operadoras de planos de saúde, aos prestadores de serviços, ao governo e à sociedade, por meio da formulação de diretrizes norteadas pela concepção de que a saúde é um bem de relevância pública.

Dentro da lógica do Direito à Saúde e considerando o Sistema de Saúde Brasileiro composto pelas vertentes do SUS e da Saúde Suplementar, é necessário que os dois sistemas se complementam para que todos os cidadãos brasileiros façam parte da mesma lógica de cuidados de saúde. A partir dessa visão, percebe-se que nos últimos 5 anos a ANS preocupa-se em estabelecer para o setor suplementar, considerando suas peculiaridades, uma Regulação Social, baseada em conceitos consumeristas, assistenciais e de qualidade. É possível perceber, também, que a regulação da qualidade exercida pela ANS perante o setor se mescla e perpassa todos os eixos regulatórios (administrativo, econômico, social, consumerista e assistencial). Assim destacamos as melhorias trazidas pela saúde suplementar:

- A saúde suplementar auxilia na garantia do acesso da população ao plano de saúde e à assistência hospitalar;
- Regula os planos privados de saúde através da promoção de um setor de saúde eficiente e competitivo, a partir das operadoras de saúde; proteger os interesses dos consumidores e garantir a segurança do indivíduo e a segurança de mercado para as operadoras de saúde;
- Os atendimentos à distância também foram incentivados pela saúde suplementar, que alterou o sistema de informações para receber as guias e documentos de comprovação do serviço;
- A flexibilização de algumas normativas econômicas e financeiras também foram adotadas para assegurar a atuação das operadoras.

Diversos são os desafios da saúde suplementar no Brasil, contudo podemos destacar;

- Garantir a qualidade da assistência e serviços prestados;
- Melhorar os métodos de avaliação da qualidade em saúde e de programas que mirem a implementação de processos rotineiros de mensuração da qualidade e indução da cultura avaliativa;
- Desenvolvimento de programas de avaliação de qualidade no campo da saúde.
- A atenção com a rede primária, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) um dos desafios mais antigos e que faz parte do cotidiano de todos que atuam com a saúde, considerando que muitos brasileiros acabam buscando atendimento após descoberta de algum problema de saúde, sendo a prevenção deixada de lado e sem falar na dificuldade do cuidado contínuo;
- Gestão do alto custo, é impossível mencionar os desafios sem falar da gestão dos altos custos, uma das características da saúde suplementar no Brasil. Isso porque, para conseguir atingir mais usuários e aderir a soluções inovadoras, é preciso focar na gestão do negócio;

- Investimento em tecnologia, fato que muitas instituições percebem essa importância.
- Após as modificações causadas pela Covid-19, mas a inovação pode ser uma aliada em diversos momentos.
- Combate a fraudes, é fundamental que os planos de saúde invistam em programas de controle e transparência, com o objetivo de inibir o aumento nos casos de fraude;
- Utilizar indicadores da saúde suplementar para acompanhar e avaliar a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras;

## CASO DE APLICAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

Durante a pandemia da Covid-19 a saúde suplementar foi referência para a Atenção Primária, com compartilhamento de experiências exitosas, foram exemplos: Monitoramento de sintomáticos respiratórios ou casos suspeitos de Covid 19 realizado pelos agentes comunitários de saúde através de uma ficha de registro criada e padronizada para tal fim, atendimento exclusivo nas Unidades de Atenção Primária à Saúde de 7 as 19h para sintomáticos respiratórios, capacitação de todos os profissionais que estavam atuando nas unidades, construção de um plano para enfrentamento a Covid - 19, idealizado com estratégias que visam o dimensionamento da população, salvo em grupos de risco muito alto, alto, médio e baixo, e a oferta de serviços, como tele monitoramento; assim como o manejo aos sintomáticos respiratórios.

O objetivo principal do relato de experiência, foi apresentar ações e estratégias que fomentam o trabalho em equipe em tempos de pandemia, evidenciando práticas e construção de espaços fiéis aos princípios e diretrizes do SUS, de modo a efetivar o mais próximo possível do “ideário da APS”. Tendo como princípios de experiência ações de dimensionamento de fluxo de pessoas para atendimento de casos de sintomas respiratórios e sobre tele monitoramento que tiveram a rede de atenção privativa como referência.

Trata-se de um descritivo relato de experiência, realizado em uma UAPS no município de Fortaleza/CE.

A experiência refere-se à UAPS do Bairro Itaperi, constituída por três equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Uma equipe Nasf e uma Equipe de Residência Multiprofissional em Saúde.

Em relação aos processos de trabalho das equipes de Saúde da Família, a Secretaria Municipal de Saúde - SMS acompanhava o desenvolvimento por planificação da situação epidemiológica dos casos Covid - 19 semanalmente.

Nas Uaps foi delimitado uma área específica de triagem para os atendimentos aos pacientes com sintomas respiratórios de casos Covid - 19 com suporte de Oxigênio, após acolhimento e triagem pelos profissionais, os usuários iam direcionados com uma ficha contendo informações relevantes sobre sintomatologia, notificação e solicitação de exames para diagnóstico de COVID-19. Esses dados registrados no prontuário eletrônico e essas fichas entregues às respectivas equipes adscritas para posterior monitoramento. As equipes iniciam o monitoramento via telemonitoramento com a equipe NASF aos usuários, além da criação de planilhas para auxiliar no dimensionamento das condições de saúde e critérios de agravamento.

Ao detectar casos com critérios para internação, os profissionais eram orientados a preencher uma ficha de encaminhamento para outro nível de atenção.

O monitoramento foi realizado pela equipe da RIS e do NASF em conformidade com a demanda real de fluxo existente. Essa modalidade de atendimento tem sido adotada maciçamente e traz benefícios tangíveis na APS, permitindo a comodidade dos usuários, a potencialização da integralidade e a qualificação do monitoramento de portadores de doenças crônicas de suas respectivas ESF.

Evidenciamos ainda que a saúde suplementar teve importante contribuição para o sistema de saúde pública na primeira onda da covid 19 em 2020 por meio da doação de exames, doação de EPI's; distribuição de kits de higiene a população mais vulnerável, informativos com medidas de prevenção de forma de contágio.

As medidas de dimensionamento de fluxo de pessoas nas organizações de saúde, as medidas de acompanhamento telefônico assim como as testagens rápidas nos atendimentos foram medidas adotadas tendo como base de referência práticas ações desenvolvidas pela Saúde Suplementar. As estratégias relatadas reduziram as formas de contágio da COVID-19 na Unidades Básicas de Saúde (UBS) e no contexto domiciliar através das ligações de monitoramento como informes preventivos e corroboraram com a construção de práticas que impactam significativamente na gestão do cuidado desses usuários, contribuindo para consolidação e efetivação da ESF, propiciando ações que perpassam as áreas de atenção, gestão e educação em saúde. Os usuários promovem autocuidado apoiado ao se responsabilizar com a continuidade de seu tratamento. Trazem atitudes mais acolhedoras e empáticas com demais profissionais, na perspectiva da interprofissionalidade.

A escuta qualificada pelos profissionais do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família - NASF transforma as práticas e focalizam para a atenção centrada na pessoa (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016), assim como as práticas educativas quando socializadas de maneira a fomentar a aprendizagem interativa e as próprias relações interpessoais.

A pandemia de COVID-19 trouxe um novo olhar para a APS, assumindo um protagonismo relevante e sempre presente em seus atributos e diretrizes que, no entanto, se distanciam nos contextos da prática e na própria ESF, com cenários reais caóticos e fragilizados. As práticas colaborativas na UBS evidenciam melhor comunicação entre os atores e maior satisfação no desempenho das atividades, além de demonstrar a melhoria do acesso aos usuários do território adscrito e da qualidade na produção do cuidado.

Durante o estudo podemos perceber o quanto a Saúde Suplementar no Brasil evoluiu nos últimos 20 anos, a medicina, de forma específica e o setor de saúde em sentido mais amplo, experimentaram uma verdadeira revolução, acelerada pela inesperada pandemia provocada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2).

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno de Informação da Saúde Suplementar. 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Resolução Normativa nº 63 de 22 de Dezembro de 2003. Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004 .

AYRE, Bruno. texto em: . Acesso em 22 Jan, 2023.

BORELLI, Elizabeth, CHAN, Betty L. , PERIS, Renata W. , SILVA, Fabiana L. Evolução do Mercado Segurador e Crescimento Econômico no Brasil. Redeca, v. 2, n. 2. Jul- Dez. 2015, p. 21-36.

DRUCKER, P. F. . As novas realidades - no governo e na política, na economia e nas empresas, na sociedade e na visão do mundo São Paulo: Pioneira, 1997.

ESPING-ANDERSEN, G. . As três economias políticas do welfare state São Paulo: Lua Nova - Revista de Cultura e Política, n. 24, p. 85-116, 1999.

FAVERET, P. , OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Planejamento e Políticas Públicas, nº 3, p. 139-162, IPEA, 1990.

GAJDUSCHEK, G. . Bureaucracy. Is it efficient? Is it not? Is that the question? Uncertainty reduction: an ignored element of bureaucratic rationality. Administration & Society Vol. 34, n. 6, London: Sage Publications, 2003. Acesso em: 22 Jan. 2023.

PIETROBON, Louise, PRADO, Martha Lenise do and CAETANO, João Carlos. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. Physis [online]. 2008, vol. 18, n. 4

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. 2001.

RONCALLI, A. G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde.

SESTELO, J. A. F. , SOUZA, L. E. P. F. , BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: revisão crítica da literatura de 2000 a 2010. saúde debate, Rio de janeiro, V. 38, N. 102, P. 607-623, JUL-SET 2014.

*Adriano Rodrigues de Souza; Ana Paula C.Avalcante Ramalho Brillhante; Antonio Rodrigues Ferreira Júnior; Fernanda Costa de Mesquita Souza; Igor Fernandes M. Gomes do Nascimento; Itatiaia Fernandes Barbosa; Jacira Alves Eduardo; Jacques Eanes Esmeraldo Melo; Júlio César Gomes da Silva; Raquel Sampaio Florêncio; Thereza Maria Magalhães Moreira; Valter Cordeiro Barbosa Filho*

## INTRODUÇÃO

A saúde suplementar (SS) no Brasil segundo Oliveira e Kornis (2017), pode ser considerada como todo atendimento privado de saúde que pode ser por uma operadora de plano de saúde (OPS) ou diretamente sem intermediários, estes estão dentro do cenário da SS. O surgimento do termo suplementar se dá pela opção de se pagar para ter a assistência médica sem maiores atrasos, o que nesse quesito hoje está deixando de ser uma prioridade pois a norma da própria ANS deixa sérios problemas em relação a permissividade de criar concorrência desleal aos formadores da saúde suplementar.

O setor de saúde suplementar existe há mais de 70 anos no Brasil, e segundo pesquisas realizadas por Carvalho e Cecílio (2007), em sua dissertação, mostram que as empresas de autogestão em saúde foram criadas a partir de 1930, as medicinas de grupo em 1956, no rastro da industrialização do ABC paulista, as cooperativas médicas (UNIMED) em 1967, como resposta ao surgimento dos grupos médicos e que o seguro saúde, embora legalizado desde 1966, só foi regulamentado a partir de 1977. Foi um mercado que cresceu rapidamente, foi tomando forma e se inserindo na economia do país, já que muitas das empresas tinham fins lucrativos e dessa forma, colaboraram para isso.

Palavras do diretor-executivo da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) e também ex-ministro de Previdência e Assistência Social na década de 1990 relata que a história da saúde suplementar se deu em meados da década de 1950. O médico polonês

Juljan Czapski que veio ao Brasil fugindo da segunda guerra mundial, fundou em 1956 a chamada Policlínica Central, em São Paulo, considerada a primeira empresa de planos de saúde do país. Seu principal cliente foi a empresa automobilística Volkswagen. Os planos/seguros de saúde tiveram seu surgimento no Brasil na década de 1950 pois havia um descontentamento com o modelo de atendimento oferecido até então pelo Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPS). As indústrias automobilísticas começaram a se estabelecer no país durante o governo de Juscelino Kubitschek e prezavam por funcionários mais saudáveis, já que o saneamento e outras condições de saúde à época eram muito deficitárias. Sendo assim, nasceram os primeiros planos de saúde coletivos, explica José Cechin (2020).

A década de 1960 foi marcada pelo avanço do trabalho formal e forte crescimento econômico do Brasil, favorecendo a ascensão da saúde suplementar que passou a ter uma maior relevância econômica na área da saúde principalmente devido as empresas começarem a oferecer planos de assistência médica aos colaboradores. Destacam que, nesse mesmo período uma parte dos trabalhadores já possuíam planos de saúde com diversas possibilidades de assistência médica, como por exemplo: a rede INPS com suas unidades próprias e credenciadas, serviços credenciados para os trabalhadores rurais e serviços credenciados das empresas médicas, além de autogestão de empresas com planos próprios (Pietrobon, Prado e Caetano, 2008).

Os dez anos seguintes, na década de 70, foram marcados pela criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), o qual fazia parte o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Já na década de 80, marcada por grandes crises políticas, sociais e econômicas e em meio ao crescente movimento sanitário brasileiro, tem se a criação do SUS (Sistema Único de Saúde) e a manutenção e ampliação do setor suplementar (CECHIN, 2020).

Os dez anos seguintes, na década de 70, foram marcados pela criação do SINPAS, da qual fazia parte do INAMPS. Já na década de 80, marcada por grandes crises políticas, sociais e econômicas, e em meio ao crescente movimento sanitário brasileiro, tem se a criação do

SUS (Sistema Único de Saúde) e a manutenção e ampliação do setor suplementar (José Cechin, 2020).

Aproximadamente 10 anos depois, com a Lei n. 9.656 de 03 de junho de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, e 2 anos mais tarde, com a Lei 9.961 de 28 de janeiro de 2000 foram estabelecidas as bases da saúde suplementar no Brasil com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dessa forma iniciava a regulamentação do sistema privado de assistência à saúde. O Brasil passou a ter dois sistemas de atendimento: o sistema público, através do SUS e o sistema privado, cuja liberdade de atuação foi garantida pela Constituição e regulamentada pela ANS (Zirolto, Gimenes e Júnior, 2013).

Esta Lei foi criada para regulamentar os planos de saúde/seguradoras e as empresas deste setor, grande parte chamadas operadoras de planos de saúde (OPS). A regularização do setor possuía, de um lado, a necessidade econômica e, do outro lado, a necessidade de normatizar a assistência prestada com a finalidade de proteger os consumidores dos planos privados de saúde (CECHIN, 2020).

## ACHADOS E ANÁLISE CRÍTICA

Conforme as suas atribuições legais na Lei nº 9.961/00, a agência deve não somente monitorar, como agir em prol do saneamento econômico e financeiro das operadoras, garantindo os direitos dos consumidores e serviços de relevância pública. E pode lançar mão de ferramentas como a determinação de um plano de recuperação da operadora, instaurar regime de direção fiscal ou técnica, determinar a alienação da carteira de clientes e determinar a liquidação extrajudicial da operadora (CREMESP/IDEC, 2007).

Cabe ressaltar que além da ANS, outros dois órgãos regulam a saúde no Brasil. São eles: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que é responsável pela regulação sanitária e econômica do mercado de compra e venda de insumos hospitalares e também o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC), que deve garantir a competitividade no setor. Porém no Brasil, a opção foi por regular de uma forma mais incisiva e direta o produto oferecido pelas OPS's,

ou seja, a assistência a saúde contemplada com medidas mais inovadoras, como a proibição da seletividade de risco (conta com usuários que ocasionam despesas altas) e do rompimento do contrato unilateral (Oliveira e Kornis, 2017).

Segundo dados do site da ANS em dezembro de 2000 eram cerca de 30.966.522 usuários da saúde suplementar e houve um crescimento de quase 20 milhões de até junho/2023, totalizando mais de 50 milhões de usuários.

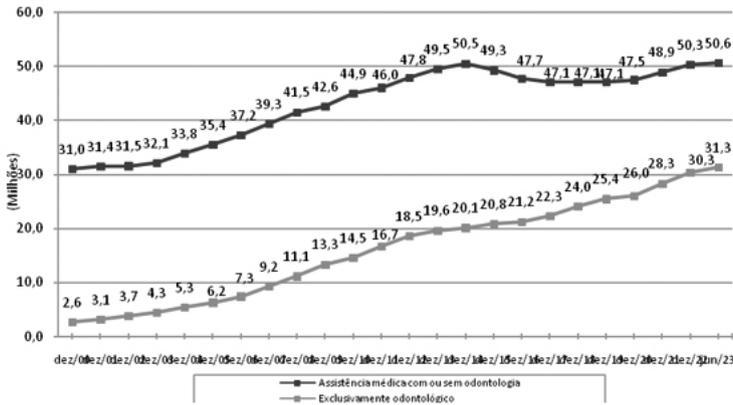


Gráfico 1 –

Fonte: ANS – índices e indicadores.

Caetano, Prado e Pietrobon (2008) conceituaram o modelo brasileiro de regulação do setor de saúde suplementar extremamente aperfeiçoado em comparação ao sistema internacional. Grande parte dos países a estruturação tem como parâmetro a atividade econômica de cada operadora, essa normatização atua mais diretamente com as empresas do setor e garante as condições de solvência e adentra até na competitividade do mercado.

A saúde suplementar tem impacto direto na saúde pública do Brasil, incluindo na ajuda da desobstrução de alguns setores. De acordo com a própria ANS (2010), a regulação trouxe mudanças importantes que fizeram e fazem com que o ambiente da saúde suplementar esteja

melhor hoje do que no período pré - regulamentação. Com um número de beneficiários maiores que 50 milhões de usuários, dados atualizados em janeiro/2024, pelo sítio da internet da própria agência reguladora, a ANS é uma realidade e uma necessidade do setor no país dos dias atuais, porém precisa de ajustes na sua forma de regulamentação.

Segundo Pietrobon, Prado e Caetano (2008) existe um subsistema privado que é dividido em duas subcamadas em comparação ao SUS, que contempla a subcamada de saúde suplementar propriamente dita e preenchida por OPS`s/seguradoras e a subcamada do profissional liberal clássico. O liberal clássico em maior quantidade, mas com volume de dinheiro bem inferior, é basicamente composto por serviços particulares de profissionais autônomos, caracterizados por clientela própria, onde a demanda ocorre por processos informais, em que os profissionais da saúde estabelecem diretamente as condições de tratamento e de sua remuneração. Em referência a primeira - saúde suplementar- é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, sendo predominante neste subsistema.

O avanço da Saúde suplementar no Brasil se dá pela “não” estruturação do SUS, pois o mesmo não consegue suprir a demanda reprimida em todo o Brasil, incluindo falhas básicas como tempo de espera e por vezes a impossibilidade de executar um simples exame, consultas e principalmente procedimentos de intervenção como tratamentos conservadores e/ou cirúrgicos (CECHIN, 2020).

Embora seja de conhecimento de todos, o financiamento das subcamadas da saúde suplementar é pago com dinheiro dos usuários, mas há recursos financeiros públicos também envolvidos (empréstimos com juros subsidiados pelo governo) para financiamento e principalmente na alavancagem da operadora, tais transações fiduciárias possuem volumes vultuosos de dinheiro do pagador de impostos (Status Invest).

Por Zirolto, Gimenes e Junior (2013) relatam que o setor da saúde suplementar é composta hoje com cerca de 1.500 operadoras de assistência médica e odontológica – atualizado em 2024 são 704 operadora médica e odontológica - enquanto o sistema público de saúde tem sua operação exclusivamente pelo SUS. Em 2006, o SUS realizou aproximadamente 422 milhões de consultas e 11,3 milhões de internações.

ões. No mesmo ano, os dados da SS foram 184 milhões de consultas e 6,7 milhões de internações, ou 44% e 60% da produção do SUS. No entanto, a parcela da população brasileira assistida pela SS era pouco menos do que 20%. Isso nos diz sobre questões éticas contidas na operacionalização do SUS, uma das problemáticas é a má gestão dos recursos públicos destinados à saúde.

A implantação da ANS auxilia na regulação do setor de saúde suplementar. Essa regulação acontece e é mais utilizada para os planos individuais e limitada aos planos pós 1999. Pietrobon, Prado e Caetano (2008) enfatizam que, se a ANS continuar com atenção diferenciada apenas para os planos individuais, pode-se perder o sentido da ANS pois há necessidade de ampliação da regulamentação, assim como ocorre na individual, consolidando ações regulatórias na interface público-privado. Essa ampliação é necessária quando se observa que a maior parte, 74,9% dos planos de saúde comercializados no Brasil situa-se na modalidade coletiva (ANS, 2008)

Dados obtidos no sítio do Ministério da Saúde (MS) e reforçada por Zirolto, Gimenes e Júnior (2013), que enquanto a receita da SS em 2007 foi de mais de R\$ 51,8 bilhões para atender 47,8 milhões de beneficiários, o Ministério da Saúde destinou uma verba cerca de R\$ 32,7 bilhões para o atendimento de 136,2 milhões de brasileiros. Em síntese para cada beneficiário da SS o setor arrecadou cerca de R\$ 1.083,00/ano, enquanto a verba destinada pelo governo no serviço público para cada usuário foi de pouco mais de R\$ 240,00/ano. Isso mostra que a SS possui receita 4,5 vezes superior do que o serviço público de saúde para cada usuário. A contribuição da SS na saúde pública já mostrada acima em dados, nos diz que a mesma é responsável pelo atendimento de quase 1/3 de toda a busca por atendimento médico, somando os dois sistemas.

Segundo o relatório anual da saúde suplementar denominado Prisma econômico-financeiro da saúde suplementar divulgado pela ANS em 2023, evidencia dados do volume financeiro em que as operadoras/seguradoras tiveram no ano de 2019 a arrecadação de R\$45,55 Bi somente no ano citado. Isso mostra, segundo Damascena, Dhuliane e Paulo em 2020 em um estudo sobre a atenção básica (AB), a precariza-

ção da mesma a fim de beneficiar não somente a atenção terciária (AT), mas também a saúde suplementar de modo geral com contratações de novos planos, dentre outros. Pois nesse estudo mostra que boa parte dos recursos da saúde são destinados a aquisição temporária (locação) de leitos na AT, em alguns casos com valores acima do mercado nacional.

Segundo o relatório anual da saúde suplementar denominado Prisma econômico-financeiro da saúde suplementar divulgado pela ANS em 2023, evidencia dados do volume financeiro em que as operadoras/seguradoras tiveram no ano de 2019 a arrecadação de R\$45,55 Bi somente no ano citado. Isso mostra, segundo Damascena, Dhuliane e Paulo em 2020 em um estudo sobre a atenção básica (AB), a precarização da mesma a fim de beneficiar não somente a atenção terciária (AT), mas também a saúde suplementar de modo geral com contratações de novos planos, dentre outros. Pois nesse estudo mostra que boa parte dos recursos da saúde são destinados a aquisição temporária (locação) de leitos na AT, em alguns casos com valores acima do mercado nacional.

Para Oliveira, Veras e Cordeiro (2017), os chamados novos planos de saúde, os regulamentados pela Lei nº 9.656/98 ou os a ela adaptados, obtiveram importantes garantias legais, tais como: cobertura dos procedimentos em saúde, de forma a abranger todas as patologias da Classificação Internacional de Doenças (CID-10); garantias para os beneficiários em caso de demissão ou aposentadoria; regras para os atendimentos de urgência e emergência; garantia de acesso ao sistema suplementar a portadores de doenças ou lesões preexistentes e estabelecimento de parâmetros voltados para a sustentabilidade econômico-financeira das operadoras, através de reservas técnicas e provisões financeiras.

Após a implementação da regulação da saúde suplementar foram introduzidas diversas regras que passaram a exigir das operadoras maior eficiência no controle de seus custos, considerando ser inadequada a adoção de medidas prejudiciais à assistência à saúde, de forma abusiva aos beneficiários (MALTA *et al.*, 2004).

Por outro lado, a utilização de mecanismos de regulação por parte das operadoras busca inibir que seus beneficiários utilizem de forma indiscriminada os serviços de saúde, reduzindo as despesas provenientes

desses atendimentos. Isso pode ajudar na manutenção da sustentabilidade econômico- financeira do setor de saúde, tendo em vista o histórico de custos em uma curva crescente, por meio do aumento da procura de cuidados médicos e da incorporação de novas tecnologias. Merece destaque que esse tipo de ação, se bem organizada e estruturada, com diretrizes coerentes e bem definidas, pode melhorar a utilização dos serviços de saúde no setor privado e, conseqüentemente, as condições de saúde de sua população-objeto (OLIVEIRA, VERAS e CORDEIRO, 2017).

Segundo Malta *et al* (2004) o tema da implantação da regulação pública na assistência suplementar gerou muitas divergências quanto ao objeto e a intenção dessa regulação. Esta deveria corrigir ou até mesmo diminuir as falhas do mercado com relação à assimetria de informações entre clientes, operadoras e provedores de serviços. Deveria então, atuar minimizando a seleção de riscos por parte das empresas de planos, que preferem propiciar cobertura aos riscos “lucrativos”.

Devido a essa prática fragmentada na regulação do setor, a produção de saúde encontra-se em seus estágios iniciais. Entretanto, segundo Carvalho e Cecílio (2007), a ANS tem vivido um “ímpeto regulatório” por causa da regulamentação recente e por a ANS ainda se encontrar em processo de auto constituição. Há também o fato de a regulação de planos privados de saúde ser um território político no qual há sempre inconciliáveis e conflitantes interesses.

A decisão de delegar as tarefas regulatórias ocasiona riscos e custos para os políticos. Segundo Pereira (2007), isso ocorre devido aos ganhos, por parte do governo, ocasionados por essa independência regulatória, como os de informações, flexibilidade administrativa, possibilidade de transferência de responsabilidades do governo para as agências, credibilidade por serem agências independentes e crédito pela iniciativa política. Há também a necessidade de que a ANS amplie seu rol de atuação a todos os tipos de contratos de planos de saúde, principalmente aos contratos coletivos, que é a maioria dos contratos existentes atualmente no país, para que os funcionários e empresários gozem de todas as prerrogativas da legislação do Código de Defesa do Consumidor, uma vez que a Lei nº 9.656/98 e a normas da ANS não contemplam este tipo de contratação.

## CASO DE APLICAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

No tocante à saúde suplementar, os pontos controvertidos levados ao Poder Judiciário, correspondem a pedidos assistenciais que extrapolam os limites impostos no contrato ou nas normas regulamentares da ANS, ou mesma legislação aplicada à matéria (FELISBINO, 2014; RIANI, 2011).

Barroso (2011) define a judicialização de uma forma muito clara, é a decisão em caráter final, pelo Poder Judiciário de questões relevantes do ponto de vista político, social ou moral. Dessa forma, entende-se que a judicialização da saúde é uma questão ampla e diversa de reclame de bens e direitos nas cortes: de insumos, instalações, medicamentos, assistência em saúde, entre outras demandas a serem protegidas pelo princípio do direito à saúde (DINIZ, MACHADO E PENALVA, 2014).

Schulze (2017) acredita que inúmeros fatores precisam ser considerados pelos magistrados durante o julgamento de processos judiciais, especialmente sobre a influência dos laboratórios farmacêuticos, ou limites para os tratamentos experimentais, os conflitos de interesse e a precificação das tecnologias em saúde. Tais questões precisam estar presentes na teoria da decisão judicial para qualificar o trabalho do Poder Judiciário e evitar provimentos não compatíveis com a Constituição.

Segundo Santos e Lopes (2018), com o contínuo avanço tecnológico, é preciso repensar se o modelo atual de judicialização para obtenção do medicamento/tratamento mais moderno, atende aos preceitos constitucionais. É necessário admitir que “a vida não tem preço, mas tem custo”. O atual quadro que se desenha em torno da judicialização não deixa dúvidas: escolhas difíceis precisam ser tomadas por parte de todos os atores envolvidos. Diante desse relato, pode-se verificar a necessidade de uma mudança urgente nesse cenário, a fim de evitar mais prejuízos a todas as partes envolvidas.

Nessa mesma linha, Souza (2012) acrescenta que as decisões determinam a cobertura de: medicamentos sem registro na ANVISA; tratamentos experimentais; procedimentos ainda não incluídos no Rol da ANS (no caso de contratos novos); e procedimentos excluídos expressa-

mente de contratos ou não previstos quando da assinatura de contratos (no caso de contratos antigos).

Segundo o Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde, do Conselho Nacional de Justiça (CNJ), foram identificados em 2021 cerca de 128 mil novos processos ajuizados contra operadoras na saúde suplementar, em 2022 cerca de 160 mil e 123 mil em 2023. No total, até o ano de 2021, eram 206 mil processos pendentes de julgamento, decisão ou sentença relativas à saúde suplementar, em 2022 eram 237 mil e em 2023 esse número subiu para 264 mil (CNJ, 2023).

Ainda conforme o CNJ, as principais causas de judicialização na saúde suplementar são: a revisão de reajuste de mensalidades; o direito a procedimentos não contemplados no Rol de Procedimentos e eventos em Saúde; o acesso a medicamentos importados sem registro na ANVISA, medicamentos já registrados com indicação Off Label e medicamentos fornecidos para a utilização em terapia domiciliar; e o atendimento de urgência (CNJ, 2020).

Para finalizar, Gomes (2018) traz uma reflexão muito interessante sobre a atual realidade da judicialização da saúde suplementar no Brasil, que resume de maneira completa o atual momento vivido neste contexto: Podemos observar o quão maléfico pode vir a ser a quantidade de processos envolvendo as prestadoras de Saúde Suplementar em face de necessidade do usuário em buscar tutela a qual não está assegurada contratualmente. Esse tipo de ação gera um ônus para as empresas e que não podem prever, vindo a abalar estrutura financeira e consequentemente correr sérios riscos em agravar a qualidade de seu atendimento, podendo ainda, vir a fechar as suas portas e deixando toda uma classe desassistida em detrimento de privilegiar alguns.

Segundo Riani (2008), constitucionalmente a saúde é um direito de todos e dever do Estado, assim dispõe os termos do Art. 196 da CF. No entanto, não distante das demais promoções de políticas sociais públicas que estão muito aquém da realidade e necessidade da população, a saúde de baixa qualidade prestada pelo aparelhamento estatal abre margem para o surgimento da iniciativa privada atuar no setor de promoção à saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANS. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://w a-de-situacao.html>. Acesso em: 21 jan. 2024.

BARROSO, L. R. Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

CARVALHO, E. B, CECÍLIO, L. C. O, A regulamentação do setor de saúde suplementar no Brasil: a reconstrução de uma história de disputas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v 23, n 9: 2167-2177, 2007.

CECHIN, J. et al. Saúde Suplementar: 20 anos de transformação e desafios em um setor de evolução contínua. Londrina: Midiograf, 2020.

CNJ. Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde. 2023. Disponível em: <https://w monitorados-em-painel-do-cnj/>.

CNJ. Painel de Estatísticas Processuais de Direito da Saúde. 2020. Disponível em:

CREMESP/IDEB. Disponível em: [SaladeImprensa&acao=crm\\_midia&id=311](SaladeImprensa&acao=crm_midia&id=311). Acessado em 25 de janeiro de 2024.

DAMASCENA, D. M. , VALE, PAULO, R. L. F. Tipologias da precarização do trabalho na Atenção Básica: estudo netnográfico. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020, e00273104. DOI. Disponível em: 7746-sol00273.

DINIZ, D. , MACHADO, T. C. , PENALVA, J. A judicialização da saúde no Distrito Federal. Scielo Saúde Pública, fev. 2014.

DIOP. Prisma econômico-financeiro da saúde suplementar. Disponível em: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiNjViNzQ2NmQtYWw-FiNy00MzQ0LWJjO DUtOGI3OWNiY2ZjNDgwIiwidCI6IjlkYmE0ODBlTRmYTctNDJmNC1iYmEzLT BmYjEzNzVmYmU-1ZiJ9>. Acesso em: 21 jan. 2024.

FELISBINO, A. A judicialização da saúde suplementar dos planos privados de assistência à saúde firmados antes da Lei 9. 656/98. Jus Navigandi, mai. 2014.

GOMES, D. T. . Os impactos financeiros da judicialização da saúde em operadoras de saúde suplementar. JUS. COM. BR, dez. 2018. Disponível em: . Acesso em: 24 jan. 2023.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. Ciência & Saúde Coletiva. v 9, n 2: 433-444, 2004.

OLIVEIRA, D. F. , KORNIS, G. E. M. A política de qualificação da saúde suplementar no Brasil: uma revisão crítica do índice de desempenho da saúde suplementar. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v. 27, n. 2, 207- 231, 2017.

OLIVEIRA, M. , VERAS, R. , CORDEIRO, H. , A saúde suplementar e o envelhecimento após 19 anos de regulação: onde estamos? Ver. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro. v. 20, n 5: 625-634, 2017.

PEREIRA, C. O marco regulatório no setor saúde suplementar: contextualização e perspectivas. Formulação de políticas para o setor de saúde suplementar no Brasil. Disponível em: portal/site/biblioteca/biblioteca. asp. Acesso em: mar. 2007.

PIETROBON, L. , PRADO, M. L. , CAETANO, J. C. Saúde Suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. v. 18, n 4: 767-783, 2008.

RIANI, M. K. Inaplicabilidade da Lei 9. 656/98 aos contratos antigos. Judicialização da Saúde Suplementar. Belo Horizonte: Unimed-BH Cooperativa de Trabalho Médico Ltda. , 2008.

SANTOS A. O. , LOPES L. T. , Judicialização da Saúde: Perspectiva Crítica sobre os Gastos da União para o Cumprimento das Ordens Judiciais. Coletânea Direito à Saúde. v. 2. 1ªed. Brasília, 2018.

SHULZE, C. J. Números atualizados da judicialização da saúde no Brasil. In Emporio do direito. Set. 2017. Disponível em: < atualizados-da-judicializacao- dasaude-no-brasil-por-clenio-jair-schulze>. Acesso em: 24 jan. 2024.

SOUZA, L. M. Meios consensuais de solução de conflitos envolvendo entes públicos: negociação, mediação e conciliação na esfera administrativa e judicial. Belo Horizonte: Fórum, 2012.

STATUS INVEST. Cotação HAPV3. Disponível em: <https://statusinvest.com.br/acoes/hapv3>. Acesso em: 22, janeiro, 2024.

ZIROLDO, R. R. , GIMENES, R. O. , JÚNIOR, C. C. , A importância da Saúde uplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. O mundo da Saúde. São Paulo. V. 37, n 2: 216-221, 2013.

*Antônia Araújo Firmo Tereza; Antonio Rodrigues Ferreira Júnior; Carolina Nápoles M. Filgueira de Sá; Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard; Juliana Campos da Silva; Lucas de Sousa Ribeiro; Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira; Paulo Henrique Silva Rodrigues; Thereza Maria Magalhães Moreira*

## INTRODUÇÃO

Nas primícias do arcabouço organizacional do SUS, em que foi regido por um padrão hierarquizado da atenção à saúde, evidenciava-se a fragmentação da assistência em níveis de complexidade, ou seja, atenção primária (APS), secundária e terciária. Em que, na base de todo o processo estaria a atenção primária da saúde com o potencial de solucionar até 80% dos problemas de saúde da população (MENDES, 2011).

Este modelo, alavancado pela fragmentação e hierarquização do sistema definido por níveis de complexidade, causava o achatamento da importância da atenção primária à saúde já que era considerada de menor “complexidade” e conseqüentemente de menor importância ou qualidade. Tal visão apresentava sérios problemas teóricos e operacionais, uma vez que se fundamentava em um conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que os outros níveis de atenção, devido à baixa densidade tecnológica, não considerando a alta complexidade de seus fluxos e manejo do cuidado diante da diversidade sociocultural (MENDES, 2011).

Outrossim, os serviços de maior complexidade deveriam complementar a atenção básica, prestando serviços de diferentes densidades tecnológicas para realizar ações especializadas a nível ambulatorial e hospitalar, uma vez que somente a atenção básica não seria suficiente para atender a demanda completa da população (BRASIL, 2010).

Contudo, a prestação de serviços especializados no SUS é problemática, pois a oferta é limitada e quando há contrato do sistema su-

plementar muitas vezes esses acabam priorizando os atendimentos por planos de saúde. Ainda, atenção secundária é pouco regulamentada e há uma especial dificuldade em relação aos procedimentos de média complexidade que são muitas vezes deixados de lado em detrimento dos procedimentos mais complexos e alto custo (JAIRNILSON, 2011).

Haja vista, ser o controle de custo um dos grandes desafios da assistência hospitalar no Brasil, juntamente ao aumento da eficiência, da garantia de qualidade da atenção e da segurança do paciente, a provisão de acesso a cuidados abrangentes, a coordenação com a atenção básica e a inclusão de médicos na resolução de problemas.

Uma em cada cinco internações hospitalares no SUS ocorre em hospitais de municípios diferentes daqueles onde o paciente mora, que não detêm conhecimento sobre o histórico do paciente, sendo demandado mais tempo e trabalho para atendimento. Isso mostrada a estrutura fragmentada e pouco regulada entre os níveis de atenção e a dificuldade da transição entre elas (JAIRNILSON, 2011; MENDES, 2010).

Além disso, como as relações entre os níveis de atenção não estão claramente estabelecidas, ocorrendo muitas vezes a captação dos pacientes e sua manutenção no serviço de atenção especializado, mesmo quando poderiam encaminhar os pacientes para um nível de assistência de menor complexidade com as orientações de manejo específico e, se caso necessário, que fossem reencaminhados para atenção especializada. Muitas vezes a ausência desta comunicação acaba congestionando os ambulatórios das especialidades reduzindo a eficácia do sistema (JAIRNILSON, 2011; JAIRNILSON, 2011; GIOVANELLA, L., et al, 2012).

A regulação do SUS foi influenciada por vários grupos de interesse, desde o setor privado até grupos associados ao movimento pela reforma sanitária. Neste processo, observou-se que o melhor caminho para garantir uma assistência ampla seria a descentralização da assistência com a formação de regiões com potencialidades geopolíticas capazes de cooperar entre si. Assim como, a formação de políticas de redes de atenção à saúde capazes de romper com o modelo hierárquico, colocando a APS em um plano central apoiada e regulando o fluxo aos demais níveis de atenção (JAIRNILSON, 2011; MENDES, 2011).

Uma vez vencidos os paradigmas da hierarquização dos serviços, a Atenção básica passa a coordenar o acesso à atenção especializada, sendo esta, o centro da assistência. Isso posto, as APS's devem ser capilarizadas com unidades distribuídas o mais próximo dos locais onde os usuários vivem e trabalham, tendo como sua principal característica a descentralização. A atenção especializada deve ser preferencialmente ofertada de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo a escala adequada para assegurar tanto uma boa relação custo-benefício quanto a qualidade da atenção a ser prestada (GIOVANELLA, L., et al, 2012).

Os estudos sobre o modelo das Redes de Atenção à saúde mostram que o papel da atenção especializada é de dar suporte para as ações da APS e fornecer estrutura tecnológica e científica adequada para a demanda dos pacientes mantendo a continuidade do atendimento que ocorre em sua essência na APS. As evidências apresentam que a presença do especialista trabalhando conjuntamente com o médico assistente generalista tem maior impacto na construção de uma assistência de qualidade do que quando a assistência é realizada de forma fragmentada. Portanto, O modelo tradicional de referência e contrarreferência não é eficaz, sendo a presença de um sistema integrado por meio de sistemas logísticos e assistências capazes de garantir a continuidade do atendimento iniciado na APS, independente do nível de assistência em que o paciente se encontra sem a perda de dados ou quebra da assistência, utilizando-se de tecnologias como um sistema de prontuário eletrônico único na rede SUS. (MENDES, 2011; GIOVANELLA, L., et al, 2012).

## **ACHADOS E ANÁLISE CRÍTICA**

Corroborando com a proposta basilar de implantação e implementação do SUS expressa na CF/88, sendo essa o acesso universal, integral e equânime à saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgem como intensificador da estratégia voltada para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população.

Implantada pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, tem como objetivo principal superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar

ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

Assim, as redes de atenção são caracterizadas pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção nos diferentes níveis, tendo como o centro de comunicação a Atenção Primária à Saúde (APS), com ênfase nas necessidades das ações em saúde de uma população, com responsabilização e cuidado multiprofissional na atenção contínua e integral, bem como o compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010).

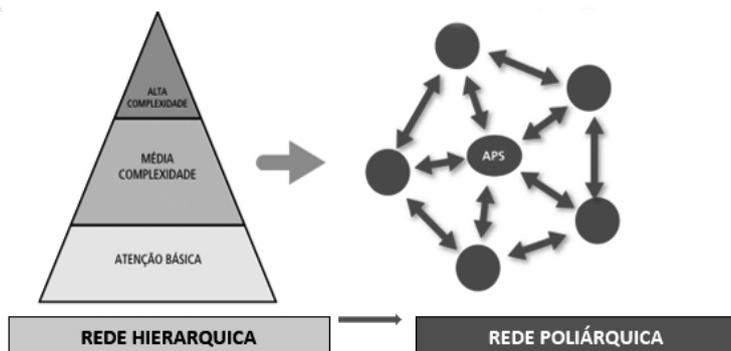


Figura 1 – (MENDES, 2011)

Neste contexto, é importante reforçar a superação do modelo da rede hierarquizada, com representatividade piramidal para o modelo de uma rede poliárquia, na qual o cuidado é centrado na população, com atendimento multiprofissional, tendo em vista a gestão da necessidade, e o financiamento por captação. Isso contribui diretamente para as ações na atenção especializada à saúde, porém não há como falar da Política de Atenção especializada à saúde sem fazer menção da atenção Básica: ordenadora de toda rede de atenção.

Desta forma, para o bom entendimento do funcionamento da rede de atenção especializada, torna-se necessário a retomada de conceitos chaves. Os níveis de atenção à saúde, estabelecidos pela Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, são fundamentais para o uso racional dos recursos e para o estabelecimento do foco

gerencial dos entes de governança da RAS. São estruturados conforme a densidade tecnológica, ou seja, menor densidade tecnológica representada pelas APS à maior densidade tecnológica, que compõem a atenção especializada. Essa, é dividida em dois elementos (atenção secundária e terciária), que são, respectivamente, média e alta complexidade (ambulatorial e especializada hospitalar). Os espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, sejam no âmbito da atenção básica ou na atenção especializada são denominados de Pontos de Atenção.



Figura 2 – <https://www.deviante.com.br/noticias/saude-em-rede-voce-conhece-o-sus-parte-2/>

Denomina-se região de saúde a delimitação de um espaço geográfico, estando nele contido e sua população com características comuns de identidades culturais, econômicas e determinantes sociais, bem como o estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados. Objetivando integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Já o mapa de saúde, é conceituado como a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos. Está relacionado diretamente com as regiões de saúde, resultando numa gestão compartilhada, cooperativa, ensejando o planejamento integrado, o financiamento regional e uma série de medidas que visem garantir governança na região. Por fim, são referências para transferência dos recursos financeiros entre os entes federativos (BRASIL, 2011).

A avaliação das regiões de saúde, o processo de elaboração do Mapa da Saúde e da análise da situação de saúde da população da região são partes integrantes do planejamento regional integrado (PRI), que objetiva identificar as necessidades de saúde da população; contribuir para o estabelecimento das metas de saúde da região, expressando as prioridades e responsabilidades sanitárias comuns estabelecidas entre gestores de saúde de uma determinada Região de Saúde, visando à integração da organização sistêmica do SUS para a garantia do acesso e da integralidade da atenção (BRASIL, 2016).



Figura 3 – GIOVANELLA ET ALL, (2012)

Desta feita, tendo em vista o nível de complexidade da necessidade de atenção especializada, essa é caracterizada como imediatista e intensivista, bem como atende uma parcela da população, pois tem como foco o diagnóstico, tratamento, “cura/reabilitação”, de procedimentos ofertados nas redes de média à alta complexidade, de uma determinada região de saúde (GIOVANELLA, L., et al, 2012).

O Sistema único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexo sistema de saúde pública do mundo, no qual abrange desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Primária, até o transplante de órgãos, da atenção Especializada com vista à garantia do acesso integral.

O financiamento da atenção especializada está ligado diretamente a forma de organização das ações da média e alta complexidade. Conforme, Solla e Chioro (2012),

em levantamento feito na tabela SUS sobre a oferta de procedimentos, foi observado que entre 2000 e 2007, ocorreu ampliação de 66% dos procedimentos de média complexidade e a 484% para os de alta complexidade.

Em conformidade com a Portaria GM/MS nº 204/2007, o financiamento e a transferência dos recursos federais destinados ao custeio das ações e dos serviços de saúde, passaram a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento.

Sendo os recursos federais destinados a atenção especializada, organizada em dois componentes: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC).

O MAC, conforme a Portaria de Consolidação nº 6, 28 de setembro de 2017, inclui os incentivos de custeio, sendo transferido regulamente e automaticamente aos fundos de saúde pelas esferas de governo.

Já o FAEC, objetiva financiar procedimentos e políticas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS - SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS). Assim sendo, pelo FAEC, os recursos financeiros são transferidos posterior apuração da

produção dos estabelecimentos de saúde registrada pelos respectivos gestores nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar SIA/SIH.

É importante ressaltar que o valor pós-fixado nos contratos, segundo a Portaria nº 3.410 de 30 de dezembro de 2013, é atualizado conforme exercício, com dedução mensal. Já na Portaria GM/MS nº 3.438/2021, com incurso mensal, o repasse dos recursos financeiros é feito de maneira regular, conforme estabelecido nos atos normativos específicos e condicionados ao cumprimento das metas qualitativas e quantitativas no Plano Operativo, devidamente monitorado pela Comissão de Acompanhamento, bem como condicionado ao repasse feito pelo Ministério da Saúde.

Os valores dos Limites Financeiros da MAC dos estados e municípios são estabelecidos com base na Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI). A PPI é composta pela programação local e a programação pactuada entre os gestores na Comissão Inter gestores Regional(CIR) e homologada na Comissão Inter Gestores Bipartite(CIB) os recursos federais correspondentes ao Limite Financeiro da MAC, são transferidos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos de Saúde dos Estados e dos Municípios.

Conforme a Portaria nº 1606/2001, os estados e municípios que adotarem tabela própria diferenciada para pagamento dos procedimentos prestados deverão empregar recursos próprios estaduais e/ou municipais, sendo vedada utilização de recursos federais para esta finalidade. Já os gestores que decidirem por complementar os valores da tabela SUS (SIGTAP) poderão buscar em articulação com os gestores dos municípios que utilizam sua rede assistencial, cooperação financeira para a provisão dos serviços.

Ministério da Saúde  
www.DATASUS.gov.br  
SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM

Usuário: publico

**Procedimento**

Procedimento: 07.02.03.084-8 - PLACA 1/3 TUBULAR 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)

Grupo: 07 - Órteses, próteses e materiais especiais  
Sub-Grupo: 02 - Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico  
Forma de Organização: 03 - OPM em ortopedia

Competência: 02/2023 [Histórico de alterações](#)

Modalidade de Atendimento: Hospitalar  
Complexidade: Não se Aplica  
Financiamento: Média e Alta Complexidade (MAC)  
Sub-Tipo de Financiamento:  
Instrumento de Registro: AIH (Proc. Especial)  
Sexo: Ambos  
Média de Permanência:  
Tempo de Permanência:  
Quantidade Máxima: 2  
Idade Mínima: Não se aplica  
Idade Máxima: Não se aplica  
Pontos:  
Atributos Complementares:

Valores	
Serviço Ambulatorial: R\$ 0,00	Serviço Hospitalar: R\$ 177,20
Total Ambulatorial: R\$ 0,00	Serviço Profissional: R\$ 0,00
	Total Hospitalar: R\$ 177,20

Descrição	CID	CBO	Leito	Serviço Classificação	Habilitação	Redes	Origem	Regra Condicionada	Renases	TUSS
Descrição IMPLANTE ORTOPÉDICO, TIPO PLACA RETA, 1/3 TUBULAR (1/3 DE TUBO), 4,5MM DE ESPESURA, PARA GRANDES FRAGMENTOS, PERFIL ANATÔMICO, DE MATERIAIS E DIMENSÕES VARIÁVEIS, LARGA OU ESTREITA, FUROS CENTRALIZADOS (ESTÁTICA) OU										

Figura 4 – TABELA SIGTAP

Em 2022, a PORTARIA GM/MS Nº 4.671/2022 altera valores de procedimentos na Tabela de Procedimentos Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, e estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC), de Estados, Distrito Federal e Municípios, bem como estabelece recurso do Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde - Grupo de Atenção Especializada, a ser incorporado ao limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC), dos Estados, DF e Municípios.

Para uma boa articulação entre as diversas redes de atenção à saúde, devemos ter uma adequada integração sob a gestão do sistema

de saúde, visando o objetivo de dar: continuidade, integralidade e resolubilidade. Lembrando que a porta de entrada para esse seguimento é a atenção básica em 80% dos casos e ela deve ordenar os fluxos e contrafluxos, referências e contrarreferências desse sistema (JULIANI e CIAMPONE, 2021).

Com base nisso pode se perguntar: O que é referência e contrarreferência? É justamente a articulação entre os diversos níveis de saúde, onde a referência designa o fluxo da menor complexidade para outro de maior, enquanto a contrarreferência é o fluxo inverso de maior complexidade para o de menor complexidade. Vale ressaltar que esse sistema, de referência e contrarreferência, também existe dentro de um mesmo nível de atenção (JULIANI e CIAMPONE, 2021).



Fonte: MARION, Patricia Cruz Rodrigues. Estrutura dos serviços de saúde. Redes de Atenção à Saúde. São Paulo: UNIFESP, 2013. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/EnfPatriciaRodrigues/estrutura-organizacional-dos-servios-de-saude-redes-de-ateno-sade-ras>>. acesso em: 18 ago 2015

Sabe-se que um dos grandes problemas do SUS é o acesso da população aos níveis de maior complexidade tecnológica, desta forma surgiu a necessidade de uma melhor gestão de leitos. Sendo assim, por meio da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), criada em 28 de setembro de 2017, surgiu a recomendação da criação do Núcleo Interno de Regulação (NIR), como sendo facilitador da gestão da Regulação, buscando vagas de internação e apoio diagnóstico fora do

próprio estabelecimento, respeitando a acordado na Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2017).

Dentre as principais atribuições do NIR podemos citar: conhecer os leitos por especialidades e patologias; organizar as disponibilidades hospitalares, manter a taxa de ocupação em limites adequados e avaliar o tempo médio de permanência nos diversos setores do hospital, ampliando o acesso; definir o perfil de complexidade da assistência no âmbito do SUS, além de permitir o acesso de forma organizada por meio de critérios de gravidade, assim como o acesso ao serviço ambulatorial, hospitalar e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico.

A proposta do PNHOSP segue em 3 eixos: garantir a alocação de recursos para a implantação dos Complexos Reguladores do acesso à assistência; desenvolver instrumentos que operacionalizem as funções reguladoras; desenvolver um programa de capacitação permanente de recursos humanos (BRASIL, 2017).

O matriciamento é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica, visando integrar os profissionais da equipe de saúde da família com profissionais especialistas de forma que os primeiros tenham um suporte para a discussão de casos e intervenções terapêuticas (GONÇALVES, 2017).

Isto posto, o matriciamento tenta transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação, por meio de ações mais horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis de assistência.

O aumento da demanda de produção gerou um o atendimento insuficiente prestado pela atenção especializada. Isso se deve a problemas históricos e recorrentes que precisam ser resolvidos no atendimento ambulatorial de média complexidade, que podemos citar: falta de planejamento, descumprimento das necessidades e informações pessoais da população, acesso por oferta de serviço, desenvolvimento de tecnologia não essencial, serviço de baixa resolução, baixo investimento em qualificação profissional, padrões técnicos e epidemiológicos existentes insufi-

cientes; e a fraca regulação do abastecimento contida pela administração Pública. (GIOVANELLA, L., et al, 2012).

A média complexidade tornou-se um dos principais gargalos do sus, tendo em vista o aumento e sobrecarga da necessidade de serviços auxiliares de diagnóstico terapêutico e procedimentos especializados referenciados pela atenção básica. Por outro lado, é preciso informar que em muitas situações, funcionam como verdadeira porta de entrada do usuário no sistema, superando a capacidade de oferta do SUS no que se refere ao conjunto de inovações tecnológicas em saúde. Deve-se lembrar que em muitas regiões essa escassez não ocorrerá. É preciso lembrar ainda que em muitas regiões, esse déficit não existiria (ou não seria tão intenso) caso fossem adotados certos protocolos de assistência e ações de regulação, evitando a solicitação sem necessidade e abusiva de alguns procedimentos. (GIOVANELLA, L., et al, 2012).

Comparando-se o número de consultas especializadas com o número de solicitações de procedimentos de patologia clínica por estado, verifica-se que além da produção desses procedimentos ultrapassar os parâmetros estabelecidos, há diferenças profundas no nível de oferta de cada estado (Portaria do Ministério da saúde nº 1.101/02). Outra grande desigualdade se evidencia na distribuição dos equipamentos de raio X e ultrassom, com vários estados com capacitância instalada insuficiente, dados os parâmetros de necessidade. (GIOVANELLA, L., et al, 2012).

O sistema de referência não está bem-organizado e o fluxo é mal controlado. Contudo conquistas progressivas são assistidas na organização dos sistemas de referência. Como por exemplo, em 2005, foi feito um levantamento pelo Ministério da Saúde, que identificou a operação de apenas 69 Centrais de Marcação de Consultas, concentradas no Sudeste, enquanto em 1996 havia apenas uma central no país. (GIOVANELLA, L., et al, 2012).

Há uma baixa regulação de determinados procedimentos, como a realização de tomografias e exames de ressonância magnética. Isso ocorre pelos interesses econômicos oriundos da produção desnecessária de procedimentos e a ineficiente regulação do acesso e do cuidado, inclusive das indicações clínicas para a realização de exames, não são

práticas exclusivas do sistema público brasileiro, uma vez que são observadas também na área da saúde suplementar e em outros países. (GIOVANELLA, L., et al, 2012).

Destacando o número de procedimentos de ressonância magnética para cada mil habitantes analisado em 2005, os maiores valores observados por localidade foram em Roraima, Distrito Federal, Amazonas e Rondônia. Chama a atenção o fato de que das quatro unidades com mais exames per capita três delas estão entre as que apresentam, em geral, menores coberturas assistenciais e maiores dificuldades de acesso da população a ações e serviços de saúde. Não há justificativa técnica ou assistencial para essa distribuição. (GIOVANELLA, L., et al, 2012).

Como a remuneração pela tabela do SUS paga valores muito baixos pela consulta especializada ao passo que apresenta valores competitivos para os procedimentos especializados, as consultas tendem a não ser realizadas se não houver uma boa gestão. (GIOVANELLA, L., et al, 2012).

## **CASO DE APLICAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA**

A sra Maria das Dores de 61a, vendedora autônoma de cosméticos e mora em Codiá de Senador Pompeu, é acompanhada regularmente na UBS próxima a sua casa por HAS e história de dorsalgia crônica.

Há 05 meses ela procurou a unidade acompanhada de sua neta reclamando da piora do quadro algico e que sentia menos coragem para realizar suas visitas diárias na vizinhança para vendas e cobrança, a enfermeira da unidade percebendo uma real mudança do quadro de base e a relevância da queixa da paciente, solicitou sua inclusão na agenda médica com extra.

Após ser avaliada pelo médico da UBS, dona Maria encontrava-se preocupada pois além das medicações para dor ele havia solicitado novos exames de sangue e um raio-x para ser realizado com urgência. Ela foi orientada a buscar o hospital municipal devido a urgência para realizar os exames, os quais conseguiu fazer na mesma semana e retornar ao UBS com resultado na semana seguinte.

Após nova avaliação o médico havia lhe informado que os exames indicavam que a mesma encontrava-se com anemia, mas que o

raio-x não esclareceu a causa da dor, solicitando novos exames de sangue e desta vez uma tomografia, além de prescrever medicações para dor e para anemia.

Quando foi a procura dos exames solicitados descobriu que não eram realizados em sua cidade e que precisaria ser incluída na fila de espera para realizar este exame em outra cidade. Aguardou 01 mês, mas estava preocupada pois tomava as medicações para dor praticamente de horário para controlar os sintomas e conseguir fazer suas atividades, acabou resolvendo realizar ao menos os exames de sangue de forma particular.

Na semana seguinte retornou à UBS e apresentou os exames de sangue, infelizmente o médico informou que a anemia não melhorava pois eram decorrentes de alguma inflamação e as medicações para anemia não iriam ajudar. Percebendo que o quadro de Maria estava complicado de seguir na ABS o médico a encaminhou para o serviço de referência em clínica médica pois necessitaria de uma investigação mais aprofundada.

Mais uma vez dona Maria precisou esperar, mas conseguiu o seu agendamento para 01 mês após a solicitação e seguiu para o Hospital Regional do Sertão Central, onde passou a realizar novas avaliações e exames ao curso de mais 01 mês ela encontrava-se mais cansada e as medicações que tomava agora de forma regular somente aliviavam as dores e não conseguia mais realizar suas atividades.

Finalmente o clínico geral no HRSC chegou a conclusão que ela tinha um problema na fábrica de sangue e que seus ossos estavam sendo acometidos e tinham lesões, ela precisaria de uma biópsia e de uma avaliação com hematologista.

Contudo, quando ficou sabendo da notícia dona Maria da Dores começou a chorar e mostrava que estava profundamente desgastada e sem forças. Vendo a situação da sra Maria das Dores, o médico, que havia terminado a pouco tempo a especialização em um hospital de referência em Fortaleza, ligou para um amigo residente da Hematologia que ficou de receber a paciente na semana seguinte para realizar o exame da biópsia e a consulta admissional da mesma.

Ao chegar no em Fortaleza Maria das Dores passou por nova consulta, realizou uma biópsia do osso e realizou nova bateria de exames. Ao cabo de mais 01 mês recebeu um diagnóstico terrível... Estava com câncer.

## PROBLEMAS E SOLUÇÃO DO CASO

### PROBLEMAS:

- ACESSO AOS EXAMES DE MAIOR COMPLEXIDADE
- ACESSO AO ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
- FLUXO DE REGULAÇÃO
- AUSÊNCIA DE CENTRO ONCOLÓGICO REGIONAL
- DEMORA NO DIAGNÓSTICO
- QUEBRA DO FLUXO DE ENCAMINHAMENTO

### SOLUÇÕES:

- DESENVOLVIMENTO DE CENTROS DE EXAMES DE ALTA COMPLEXIDADE REGIONAL
- MATRICIAMENTO DE ESPECIALIDADES (CLÍNICA MÉDICA)
- FLUXO DE ENCAMINHAMENTO BASEADO EM PRIORIDADE DE RISCO
- CENTROS ONCOLÓGICOS REGIONAIS

O objetivo desse trabalho foi de apresentar uma visão panorâmica da situação atual da atenção especializada no SUS, apresentando os seus grandes desafios e os principais movimentos existentes visando a reduzir as desigualdades na oferta e aumentar o acesso da população a esse amplo conjunto de procedimentos (GIOVANELLA, L., et al, 2012).

Os acúmulos até o momento efetivados ainda são insuficientes para superar os obstáculos existentes, conformados em sua grande maioria pela configuração de uma oferta em muitos casos insuficiente e, em outros, desregulada, mais condicionada por questões de mercado e menos pelas necessidades de atenção à saúde (GIOVANELLA, L., et al, 2012).

Apresenta-se, então, a exigência cada vez maior aos gestores públicos do desenvolvimento de competências e capacidades gerenciais e administrativas para o exercício das funções de regulação, controle e avaliação, constituindo novas relações público-privadas pautadas pela transparência e garantia das necessidades coletivas e do interesse público.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2010;

BRASIL. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. BRASILIA, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Manual de implantação e implementação: núcleo interno de regulação para Hospitais Gerais e Especializados [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1606, DE 11 DE SETEMBRO DE 2001.

BRASIL. MINISTERIO DA SAUDE. PORTARIA Nº 3.410, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2013. Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília, 2013

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA GM/MS Nº 4.671, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2022. *ALTERA VALORES DE PROCEDIMENTOS NA TABELA DE PROCEDIMENTOS MEDICAMENTOS, ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, E ESTABELECE RECURSO DO BLOCO DE MANUTENÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – GRUPO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA, A SER INCORPORADO AO LIMITE FINANCEIRO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (MAC), DE ESTADOS, DISTRITO FEDERAL E MUNICÍPIOS, BRASÍLIA, 2022.*

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA GM/MS Nº 3.438, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2021. Dispõe acerca de ações estratégicas, no âmbito da Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e inclui, exclui e altera atributos de procedimento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Prótese e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE (BR). DATASUS. [Acesso em 08 de fev. de 2023]. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo\\_estabelecimento.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm).

GONÇALVES, D.A. et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011;

GIOVANELLA, L., et al. orgs. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 2nd. ed. rev. and enl. ISBN 978-85-7541-349-4. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>

JAIRNILSON P. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet (Londres, Inglaterra) vol. 377,9779 (2011): 1778-97. doi:10.1016/S0140-6736(11)60054-8;

JULIANI, Carmen Maria Casquel Monti; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiro. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 323-333, dez. 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/WFdkq5BKvPxTxNtbFM6VMkg/?lang=pt>. Acesso em: 06 dez. 2021

MENDES EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília-DF. 2011

[https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html);

<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/huab-ufrn/documentos-institucionais/arquivos-documentos-institucionais-geral/ma-ura-001.pdf>;

<https://cmb.org.br/cmb/index.php/noticias/2450-conheca-o-manual-do-nir-para-regulacao-de-leitos-intra-hospitalares>;

<http://www.mpce.mp.br/caosaude/sus/atencao-especializada/>;

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>;

<https://saude.fortaleza.ce.gov.br/hospitais>;

<http://concla.ibge.gov.br/estrutura/natjur-estrutura/natureza-juridica-2014/121-0-consorciopublico-de-direito-publico-associacao-publica>;

<http://normas.receita.fazenda.gov.br/sijut2consulta/link.action?visao=anotado&idAto=16115>;

<http://normas.receita.fazenda.gov.br/sijut2consulta/link.action?visao=anotado&idAto=52901>;

<http://www.receita.fazenda.gov.br/PessoaJuridica/ColetaWeb.htm>;

[http://www.receita.fazenda.gov.br/TextConcat/Default.asp?Pos=6&Div=GuiaContribuinte/C NPJ/;](http://www.receita.fazenda.gov.br/TextConcat/Default.asp?Pos=6&Div=GuiaContribuinte/C NPJ/)

[http://www.receita.fazenda.gov.br/TextConcat/Default.asp?Pos=8&Div=GuiaContribuinte/C NPJ/;](http://www.receita.fazenda.gov.br/TextConcat/Default.asp?Pos=8&Div=GuiaContribuinte/C NPJ/)

[http://www.receita.fazenda.gov.br/TextConcat/Default.asp?Pos=4&Div=GuiaContribuinte/C NPJ/;](http://www.receita.fazenda.gov.br/TextConcat/Default.asp?Pos=4&Div=GuiaContribuinte/C NPJ/) <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/financiamento-da-media-e-alta-complexidades-mac>

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (datasus.gov.br). <disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>> acessado em 10/02/2023.

CNRAC (datasus.gov.br)

*Andrea Caprara; Antônio Bruno Sampaio Freitas; Charles Piéry Nobre Ferreira;  
Glenda Lara Marques Fernandes; Jairo de Carvalho Santos; Júlio César Gomes da  
Silva; Karlos Ulysses Timbó da Costa; Paulo Sávio Fonteneles Magalhães; Virna Ribeiro  
Feitosa Cestari*

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), maior sistema público de saúde do mundo, presta atendimento de forma integral e gratuita. Para funcionar bem, um sistema dessa complexidade e que é referência global em ações diversas como vacinação, transplantes, doações de órgãos, de sangue e de leite materno, precisa ser organizado em diferentes níveis de atenção e assistência à saúde.

A Atenção Especializada é o conjunto de conhecimentos, práticas assistenciais, ações, técnicas e serviços envolvidos na produção do cuidado em saúde marcados caracteristicamente, por uma maior densidade tecnológica. Onde envolve o acesso a serviço especializado, como consultas com especialistas, exames mais avançados e tratamentos específicos para determinadas enfermidades (BRASIL, 2023).

A Atenção Especializada é dividida em dois elementos: atenção secundária e terciária, que são, respectivamente, média e alta complexidade ambulatorial e especializada hospitalar. A média complexidade é composta por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatórios e envolve atendimento direcionado para áreas como pediatria, ortopedia, cardiologia, oncologia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, oftalmologia entre outras especialidades médicas (BRASIL, 2022).

A porta de entrada preferencial deve ser a Atenção Primária, reconhecida como principal centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde – RAS, local que assume a maior responsabilidade na ordenação do acesso e coordenação do cuidado do usuário de seu território. As

pessoas atendidas pela Atenção Especializada apresentam, num dado momento, a necessidade de cuidados mais intensivos e/ou diferentes daqueles disponíveis na Atenção Primária, de modo que a Atenção Especializada deve desempenhar um papel de apoio à Atenção Primária em um sistema de cuidados integrais (BRASIL, 2023).

O financiamento da Atenção Especializada em Saúde geralmente ocorre por meio de recursos públicos provenientes de orçamentos governamentais. Isso inclui financiamento federal, estadual e municipal, destinado a hospitais especializados,

centros de referência e serviços que oferecem cuidados de saúde mais complexos e específicos. Além disso, o financiamento pode envolver parcerias público-privadas e sistemas de convênios. A alocação de recursos busca garantir a sustentabilidade e a qualidade dos serviços especializados, visando atender às necessidades da população (BRASIL, 2023).

Mundialmente, o perfil epidemiológico caracterizado pela predominância das doenças crônicas, degenerativas e pelo envelhecimento da população tem aumentado os gastos em saúde, demandado um modelo de atenção à saúde mais personalizado, com cuidado longitudinal e integral, que engaje as pessoas em seu autocuidado, que desenvolva um trabalho interprofissional e articule a ação de diversos serviços da Rede de Atenção à Saúde. O armazenamento e uso intensivo de dados e aplicação de ferramentas no processo de trabalho, buscando ganhos de efetividade e eficiência. Visando à produção de inovações nos serviços de saúde, denominado transformação digital, tem provocado mudanças significativas nos modos de atenção e vigilância em saúde e na gestão dos serviços e sistemas de saúde (CHIORO, 2022).

Conforme o relatório do Governo de Transição, a partir de 2016 houve uma piora generalizada em indicadores de saúde, com destaque: redução da taxa de coberturas vacinais; queda acentuada de consultas, cirurgias, procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados pelo SUS, na atenção básica, especializada e hospitalar, atrasando o início do tratamento de doenças crônicas, tais como cânceres e doenças cardiovasculares, entre outras; retorno das internações por desnutrição infantil provocadas pela fome; estagnação na trajetória de queda da mortali-

dade infantil; e aumento de mortes maternas. Identificou como causas do grave quadro sanitário brasileiro os retrocessos institucionais, cortes orçamentários e mudança de normativos que resultaram no enfraquecimento das políticas de saúde que afetaram o funcionamento de diversas áreas do SUS (GABINETE DE TRANSIÇÃO GOVERNAMENTAL, 2022).

A PNAES possui diretrizes, dimensões e eixos estruturantes que deverão ser considerados na criação e reformulação de políticas e programas. Estes elementos são fundamentais para moldar a organização e operação dos serviços especializados, visando uma abordagem mais eficaz e alinhada às demandas da população (BRASIL, 2023).

É importante destacar que a Atenção Especializada em saúde, surgiu como uma alternativa enquanto referência para Atenção Básica, para as mais diversas situações existentes que não possuem resolutividade no atendimento primário.

Trata-se de uma política composta por inúmeros sistemas, equipamentos, fluxogramas e especialidades, que tem como principal objetivo, o acesso de forma integral e completa ao usuário do Sistema Único de Saúde, uma vez que entendemos a assistência à saúde, partindo de um olhar complexo e repleto de possibilidades.

A Atenção Básica tem como característica ser a porta de entrada ao sistema de saúde pública do País. Sistema esse que possui um leque de ações e serviços a depender daquilo que o usuário apresenta como demanda. Com isso, compreende-se que, para acessar a atenção especializada, faz-se necessário iniciar o processo na Atenção Primária, tendo as especialidades como retaguarda para aquilo que não tem solução enquanto nível primário.

A política da Atenção Especializada em Saúde tem sua relevância por garantir o acesso à saúde a todo e qualquer cidadão, compreendendo-o como um usuário complexo e que possui inúmeras necessidades específicas.

Os serviços especializados em saúde, em sua maioria, são ofertados de forma regionalizada e hierarquizada, facilitando o acesso ao usuário enquanto macro e microrregiões de saúde, proporcionando também aos gestores, a oferta de serviços a nível regional, bem

como, o acompanhamento dos indicadores e consequentemente, o aperfeiçoamento daquilo que está sendo ofertado, levando em consideração a análise dos contextos socioculturais existentes a partir de cada realidade.

Os ciclos econômicos do Brasil colonial (1500-1822) tiveram um impacto significativo na sociedade brasileira, influenciando a estrutura de classes, a economia e a saúde pública. O ciclo do pau-brasil não exigia grandes investimentos, o que levou a uma estrutura de classes menos rígida. O ciclo da cana-de-açúcar, por outro lado, foi baseado na escravidão e na concentração de renda. O ciclo da mineração proporcionou um maior desenvolvimento comercial e urbano, e o ciclo do café dinamizou o mercado interno e levou à formação da burguesia local. As ações de saúde pública no período colonial eram pontuais e focais, com grande parte da população utilizando-se da medicina de “folk” (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

No período Imperial (1822-1889), a saúde pública passou a ser calcada no sanitarismo, com intervenções pontuais nas cidades sob a forma de campanhas, as quais eram abandonadas assim que se conseguiam controlar os surtos presentes na época (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

No período da República Velha (1889-1930), o Brasil era um país rural, com uma população predominantemente pobre e analfabeta. As condições sanitárias eram precárias, o que levou ao surgimento de epidemias de febre amarela, peste bubônica e outras doenças. Em 1904, o governo de Rodrigues Alves criou o Departamento Nacional de Saúde Pública, que iniciou uma campanha de saneamento urbano e rural. Essa campanha foi liderada pelo sanitarista Oswaldo Cruz, que enfrentou a resistência da população, especialmente dos trabalhadores pobres (1). Como exemplo, pode-se verificar a lei sobre a vacinação e revacinação contra a varíola, no ano de 1904, processo que gerou uma série de revoltas no âmbito da população civil contra o sentido militar imputado à campanha (BERTOLOZZI e GRECO, 1996; IYDA, 1994). No mesmo período, os trabalhadores organizados começaram a lutar pela criação de sistemas de previdência social, que garantissem benefícios como aposentadorias e pensões. Em 1923, foi aprovada a Lei

Elói Chaves, que criou as caixas de aposentadorias e pensões (CAPs) (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

O Estado Novo (1937-1945) foi um período de forte controle do governo sobre a sociedade. O governo criou uma política nacional de saúde, mas ela foi limitada. Os programas de saúde pública focavam na criação de condições sanitárias básicas para o crescimento da população. No entanto, eles eram limitados pelo orçamento do governo e pelo modelo sanitarista adotado, que era caro e focado em campanhas pontuais. A aceleração do crescimento industrial aumentou a demanda por saúde e assistência médica. Os Institutos de Assistência Previdenciária (IAPs) começaram a oferecer serviços de saúde para seus beneficiários. No entanto, as desigualdades sociais entre os trabalhadores refletiam-se na qualidade dos serviços de saúde oferecidos. O governo criou o Ministério do Trabalho e os Institutos de Trabalhadores para responder às reivindicações das classes trabalhadoras. No entanto, essas medidas foram limitadas, pois só beneficiavam alguns trabalhadores. A aceleração do crescimento industrial também aumentou a preocupação com a manutenção da força de trabalho. Para isso, as instituições de trabalho passaram a oferecer serviços ambulatoriais de caráter terapêutico e de reabilitação. Paralelamente, a indústria farmacêutica também se desenvolveu. Isso contribuiu para o aumento da atenção curativa em detrimento das ações de prevenção (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

A República Populista (1945-1964), após a Segunda Guerra Mundial, o Brasil enfrentou uma crise econômica e política. O governo de Getúlio Vargas foi derrubado e substituído por um período de liberalização. Nesse período, houve um aumento dos salários, a reativação da legislação trabalhista e as negociações para um novo pacto social. No campo da saúde, houve a extensão da assistência médica a todos os IAPs, mas essa medida foi revogada. Também foi criado o Ministério da Saúde (MS), com uma estrutura frágil. No plano econômico, teve início a segunda etapa do processo de industrialização, com a produção de bens de capital. No plano político, ocorria um debate entre nacionalistas e desenvolvimentistas. Com o governo de Juscelino Kubitschek, a economia abriu-se ao capital estrangeiro e iniciou-se uma pressão por parte dos empresários para a eficiência das indústrias. No campo da

saúde, o Congresso de Hospitais instituiu os serviços médicos próprios das empresas. O final do governo de Juscelino evidenciou um intenso crescimento da inflação, do movimento sindicalista e do movimento estudantil (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

O período da Ditadura (1964-1985) iniciado com o golpe militar de 1964, no Brasil, instaurou um regime autoritário que durou 21 anos. Durante esse período, as políticas de saúde foram orientadas por princípios neoliberais, com ênfase na privatização e na mercantilização da assistência médica. No que se refere ao setor saúde, em 1963, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde, instituída por lei já em 1937, com o objetivo de oferecer orientações sobre as políticas de saúde. Foi nessa época que se registrou a maior participação do Ministério da Saúde no orçamento global da união, apesar das grandes tendências à sua diminuição. Em 1967, os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a ser o principal órgão responsável pela saúde pública no Brasil. A política de saúde do governo militar priorizou a assistência médica individual e curativa, em detrimento da prevenção e da promoção da saúde. A atenção primária, que é a porta de entrada do sistema de saúde, foi desvalorizada. A privatização da saúde foi incentivada pelo governo militar, através da compra de serviços médicos da rede privada pela previdência social. Isso levou ao crescimento do setor privado de saúde, que passou a atender a uma parcela cada vez maior da população. Em 1975, como resultado da V Conferência Nacional de Saúde, foi regulamentada a Lei n° 6.229 de 17 de julho, que criou o Sistema Nacional de Saúde, o qual legitimava e institucionalizava a pluralidade institucional no setor. Através dessa Lei foram definidas as responsabilidades das várias instituições, cabendo à previdência social, a assistência individual e curativa, enquanto, os cuidados preventivos e de alcance coletivo ficaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Em 1977, efetivou-se mais um movimento burocrático administrativo, na tentativa de promover a reordenação do sistema de saúde, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), que congregava diversas entidades previdenciárias, como o Instituto de Administração Financeira (IAPAS), que gerenciaria o

Fundo de Previdência de Assistência Social, o INPS a quem competiria a concessão de benefícios e programas assistenciais, do INAMPS que se responsabilizaria pela prestação de assistência médica individual aos trabalhadores urbanos e rurais, a Central de Medicamentos (CEME) e da Fundação Nacional do Bem Estar do Menor, dentre outras. O movimento sanitário, que surgiu no início dos anos 1980, contestou as políticas de saúde do governo militar. O movimento defendia uma saúde pública universal, integral e equânime. No final da ditadura militar, o governo lançou o Plano de Ações Integradas de Saúde (AIS), que tinha como objetivo melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde pública. No entanto, o plano foi criticado por ser insuficiente para atender às necessidades da população (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

No período da Nova República (1985 até os dias atuais), o Brasil vivia um contexto de crise econômica e social. A saúde pública era marcada por um sistema fragmentado e desigual, com acesso limitado à população. Nesse contexto, o movimento sanitário, formado por intelectuais e profissionais da saúde, passou a defender a reforma do sistema de saúde. Em 1986, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que reuniu representantes da sociedade civil e do governo para discutir os rumos da saúde pública no Brasil. A Conferência aprovou um documento que propôs a criação do Sistema único de Saúde (SUS), com base nos princípios da universalidade, integralidade e participação social. A Constituição Federal de 1988 incorporou as diretrizes propostas pela VIII Conferência, instituindo o SUS como um direito de todos os brasileiros. O SUS é um sistema público, universal e gratuito, que deve garantir a integralidade da atenção à saúde, desde a atenção básica até os serviços de alta complexidade (BERTOLOZZI e GRECO, 1996).

No início do governo Collor, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, a adoção da política neoliberal, que defende a redução do papel do Estado e a preponderância do mercado, teve impactos negativos na saúde pública brasileira, aprofundando as desigualdades e dificultando o acesso à saúde de qualidade para a população. O governo Collor atrasou a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde e vetou alguns de seus artigos, que garantiam a participação social e a universalidade da

saúde. Além disso, reduziu os recursos públicos para a saúde, o que se traduziu em uma piora da qualidade da assistência à saúde. Como fruto de pressões intensas a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8142/1990) recuperou a transferência automática de recursos e a questão da participação e controle sociais, mas não tocou na questão da carreira, mantendo o SUS com uma série de vínculos empregatícios diferenciados nos serviços de saúde (BERTOLOZZI e GRECO, 1996). A IX Conferência Nacional de Saúde foi viabilizada somente em agosto de 1992, o seu relatório final reiterou as proposições da VIII Conferência e, na realidade, tornou evidente a palavra de ordem: “Cumpra-se a Lei”, exigindo a operacionalização da VIII Conferência, no que toca à implementação do Sistema Único de Saúde (BERTOLOZZI e GRECO, 1996; BRASIL, 1992).

O decreto presidencial n. 7.508, de 28 de junho de 2011, ao regulamentar a Lei Orgânica da Saúde (Lei Nº 8.080/90), estabeleceu como portas de entrada às ações e aos serviços de saúde do SUS nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) os serviços de atenção primária, de atenção de urgência e emergência, de atenção psicossocial e especiais de acesso aberto, definindo que os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelos serviços estabelecidos como portas de entrada (MINISTÉRIOS DA SAÚDE, 2011).

As definições de atenção especializada (AE) na literatura e nas normativas federais são sempre relativas à e dependentes de outras definições. Delimita-se uma parte dentro de um todo que, normalmente, exige a referência a quatro elementos: a díade atenção básica e atenção especializada; a tríade atenção primária, secundária e terciária; a subdivisão atenção ambulatorial e atenção hospitalar; a relação da atenção especializada com e na rede de atenção à saúde (RAS). Atualmente, a AE é regulamentada por diversas normativas, de forma fragmentada, não se constituindo propriamente enquanto uma política estruturada. Atualmente, a AE é regulamentada por diversas normativas, de forma fragmentada, não se constituindo propriamente enquanto uma política estruturada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). O desenho de uma proposta foi sendo gestada na Secretaria de Atenção Especializada em Saúde (SAES) a partir das conversas e interações com gestores e ganhou

“tração” com o documento disparador para o seminário internacional de atenção especializada: “subsídios para a construção da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde”, e os debates e contribuições realizados durante o XXXVII Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e a 17ª Conferência Nacional de Saúde (5), culminando formulação da Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES), instituída através da portaria GM/MS Nº 1604, de 18 de Outubro de 2023. A PNAES deverá tratar de princípios, diretrizes e eixos estruturantes que deverão ser observados em todas as iniciativas referentes à AE (BRASIL, 2023).

## **ANÁLISE CRÍTICA DA POLÍTICA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

O acesso à atenção especializada no Brasil é um desafio, pois a demanda é crescente e os gestores não conseguem responder a essa demanda. Isso resulta em longas filas de espera para procedimentos como cirurgias eletivas, consultas e exames especializados. Por essa razão, impõe-se ao Ministério da Saúde (MS), à gestão tripartite do SUS e ao controle social identificar e dimensionar adequadamente os principais problemas da AE, com vistas a apontar diretrizes de formulação e formular políticas, programas e iniciativas que enfrentem esses problemas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). Após esforço inédito, foi instituída a Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES), através da portaria GM/MS Nº 1604, de 18 de Outubro de 2023, com o macro objetivo ampliar o acesso à atenção especializada através de ações a curto, médio e longo prazo, com referência territorial e visando: a melhoria da qualidade assistencial, a equidade, a Integralidade e a maior eficiência na aplicação dos recursos financeiros (BRASIL, 2023).

A PNAES foi estruturada em eixos visando atingir seus objetivos e com base na análise de alguns desafios que expressam problemas e necessidades que deverão ser objeto de intervenção da política (BRASIL, 2023):

- Promoção, prevenção e vigilância em saúde;
- Programação e papel na Rede de Atenção à Saúde regional;

- Fortalecimento e articulação com a Atenção Básica;
- Regulação do acesso com equidade;
- Atenção integral à pessoa e continuidade do cuidado;
- Informação, comunicação e saúde digital;
- Planejamento, organização, gestão, monitoramento e avaliação dos serviços de atenção especializada;
- Formação, provimento e fixação dos profissionais de saúde;
- Financiamento;
- Responsabilidades das esferas de gestão e relação público-privado.

A Política de Atenção Especializada (AE) consta no âmbito do Sistema Único de Saúde e funciona como normatizadora, a partir de diretrizes e eixos estruturantes definidos no escopo do documento. As diretrizes e eixos balizam a construção de políticas e programas que orientam as ferramentas e os processos na AE (BRASIL, 2023).

O arranjo organizacional da AE estabelece a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial e ordenadora dos fluxos em consonância com a estruturação sistêmica das redes integradas de serviços de saúde. Nesse sentido, é relevante destacar que o modelo de Redes de Atenção à Saúde (RAS) pressupõe uma AE acessível, equânime, integrada, regionalizada e efetiva (SOLLA e CHIORO, 2012; COHEN *et al.*, 2018).

Conforme ações estabelecidas na AE, destaca-se a promoção de regionalização, por meio de regiões de saúde, na perspectiva de RAS, como forma de compartilhamento de oferta de serviços e fluxos assistenciais, aliando coordenação, integração e continuidade do cuidado (VIANA *et al.*, 2018).

Outro aspecto relevante consiste em estratégias de promoção de um modelo que atuem em todos os partícipes do processo, a partir do engajamento do paciente no processo de cuidado, da qualificação da regulação assistencial e do estímulo à formação e valorização dos profissionais de saúde (BRASIL, 2023).

Evidenciado por recursos tecnológicos e ferramentas modernas de gestão disponíveis, a política de AE promove o uso de soluções e ino-

vações em saúde digital e gestão de tecnologia em saúde, com foco em custo-efetividade, segurança e qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2023).

Por fim, o estímulo à maior participação do ente federal no custeio e a promoção da participação da sociedade no processo decisório das políticas a serem implementadas completam o arcabouço de ações previstas na Política de Atenção Especializada (BRASIL, 2023).

Os serviços de atenção ambulatorial especializada e hospitalar, em conjunto com a APS, em regiões de saúde, possibilitam um escopo mínimo de ações para provisão de assistência integral à saúde no SUS (LIMA *et al.*, 2019).

Nesse arranjo de integralidade da assistência, a regulação do acesso se destaca a partir das centrais de regulação, em que se estabelecem espaços de oferta do conjunto do sistema com visão ampliada, em comparação à que se costuma ter em cada serviço de saúde (BADUY *et al.*, 2011).

Entretanto, é relevante considerar que as centrais de regulação devem compartilhar com as estruturas locais, considerando o papel de coordenador do cuidado desses espaços, a regulação assistencial (GIANNOTTI, 2013).

A política de Atenção Especializada, estabelece o ente federal como indutor e coordenador, ao mesmo tempo, que promove a organização dos serviços a nível de estados e municípios. O destaque crescente de políticas intermunicipais e de coordenação vertical tem evidenciado modelos exitosos com a implementação de políticas instituídas pela AE (ABRUCIO, 2013).

Apesar das iniciativas que evidenciam melhor articulação das estruturas de saúde, via de regra, a forma de organização dos serviços no território e o papel na rede de atenção estão desconectadas das necessidades de saúde da população e dos critérios técnicos e epidemiológicos existentes (ABRUCIO, 2013). Sendo assim, observa-se uma concentração de recursos e serviços em regiões mais desenvolvidas em detrimento de regiões mais pobres e vulneráveis. A consequência é um longo tempo de espera, para serviços especializados, em um cuidado fragmentado e pouco articulado nas regiões com maior carência (RECIFE, 2022).

Outro aspecto que busca estabelecer cuidados integrais é o fortalecimento da posição da APS, por meio de ações e políticas implantadas da Estratégia de Saúde da Família na rede assistencial, objetivando otimização da resolutividade e da capacidade de organização do acesso e de coordenação do cuidado (ALMEIDA *et al.*, 2018). Mesmo assim, são destacados que essas iniciativas tem alcance restrito, especialmente, quando há uma limitada coordenação da informação e da gestão clínica entre níveis assistenciais e uma percepção de médicos da APS e da AE de que não há articulação da atenção prestada nas RAS (MENDES *et al.*, 2021).

Por fim, a forma de financiamento da AE modela os elementos constituintes das políticas e dos programas estabelecidos (PINTO, 2018). Nesse contexto, apesar de alguns avanços organizacionais, especialmente no âmbito hospitalar, é consenso a insuficiência nos recursos alocados. Além disso, o financiamento, a partir do modelo centrado em procedimentos, favorece distorções e desperdícios, estando na contramão de esquemas de pagamento que focam em saúde baseada em valor, aglutinando experiência do paciente, desfechos clínicos favoráveis e custos sustentáveis no ciclo de cuidado (EVERTON *et al.*, 2022). Pensar em um modelo que direcione os recursos para o fortalecimento na implantação de linhas de cuidado é o caminho mais adequado para o uso dos recursos destinados ao sistema de AE (UGÁ e LIMA, 2013).

## CASO DE APLICAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

Antes de explicar o que são os consórcios públicos de saúde e sua origem, é importante compreender sucintamente o que é uma organização pública e como ela se relaciona com os consórcios de saúde. As estruturas hierárquicas que oferecem bens e serviços no âmbito estatal, conforme destacado por Moe (1995), são compreendidas como organizações públicas. De acordo com Mello (2017), a composição dessas organizações envolve um conjunto de instituições, sejam elas formais ou informais, que orientam as formas como as diversas unidades de execução e tomada de decisão dentro da burocracia estatal se estruturam, competem ou cooperam, com o propósito de implementar uma determinada política ou ação pública. O surgimento dessas organizações,

conforme Pinto (2017, p. 54), está vinculado a decisões políticas com finalidades estabelecidas em lei, sendo supervisionadas por seus criadores, que são políticos e grupos de poder. Da mesma forma, os consórcios públicos, exemplificados como um caso, surgem a partir de decisões políticas regimentadas por lei e são submetidos à fiscalização por parte dos atores políticos e grupos de interesse envolvidos. Dessa maneira, nesse contexto, os consórcios públicos podem ser interpretados como uma modalidade de organização pública, configurando-se como uma associação pública autárquica entre entes federativos.

A existência de organizações públicas é justificada pela presença de elevados custos de transação, uma vez que o monitoramento e controle da administração dos contratos tornam-se necessários em um ambiente caracterizado por alta incerteza, conforme apontado por Pinto (2017). Em cenários de incerteza, onde surgem desafios como informação assimétrica, custos de monitoramento e questões de agência, a hierarquia pública se revela como uma estrutura de governança alternativa mais eficiente do que os mercados ou outros modelos de organização, como observado por Moe (1984). Dessa maneira, as organizações públicas podem ser compreendidas como uma estrutura específica com o potencial de se adaptar de maneira mais eficaz à promoção de determinadas atividades, enquanto podem ser menos adequadas para a administração de outras, conforme destacado por Williamson (1999a).

De acordo com Cunha (2004), os consórcios têm sido tradicionalmente utilizados como instrumentos por municípios, especialmente os localizados em áreas de interior ou de pequeno porte. Esses consórcios são estabelecidos entre entes de natureza semelhante, visando atender demandas específicas dos habitantes dessas localidades. O instituto de consórcio público é definido também como pessoa jurídica de direito público ou privado formado por um contrato assinado entre os entes da federação, com intuito de firmar gestão associada de serviços ou de interesse comum, por meio de delegação e sem fins lucrativos (MEIRELLES, 2016).

Com base na Lei 11.107/2005, definiu-se a personalidade jurídica dos consórcios públicos, configurando-os como uma associação pública ou pessoa jurídica de direito privado (art. 1º, § 1º). Assim, a

personalidade jurídica dos consórcios públicos pode ser: “I - de direito público, no caso de constituir associação pública, mediante a vigência das leis de ratificação do Protocolo de Intenções; II - de direito privado<sup>6</sup>, mediante o atendimento dos requisitos da legislação civil (BRASIL, 2005, art. 6).”

Os consórcios públicos de direito público (associação pública) passam a fazer parte da administração indireta<sup>7</sup> de todos os Entes da Federação consorciados (art. 6º, § 1º, Lei 11.107/2005). Logo, o consórcio passa a ser entendido como uma autarquia, segundo a Lei 11.107/2005, de acordo com a verificação do art. 16, modificando a redação do art. 41, IV, Código Civil: “as autarquias, inclusive as associações públicas”.

Em 2007, o Ceará passou por uma reforma significativa no seu modelo de gestão da saúde pública, tanto em termos de concepção quanto de implementação, sendo iniciada sob a liderança do então Secretário de Saúde. Esta reforma tinha como objetivo corrigir lacunas e distorções identificadas no modo e na estrutura dos serviços de assistência médica e odontológica oferecidos à população cearense, como apontado por Neto (2018). Um dos principais aspectos dessa reforma incluiu o planejamento e a construção de dois hospitais de grande porte, destinados a atender às macrorregiões norte e sul do estado, concebidos como instrumentos para corrigir o desequilíbrio assistencial na atenção terciária, conforme destacado pelo autor mencionado.

Com o propósito de atender às demandas emergentes na área da saúde, o estado do Ceará implementou o Programa de Expansão e Melhoria da Assistência Especializada à Saúde. Este programa foi concebido com o objetivo de integrar os diversos níveis de atenção, promovendo a ampliação da cobertura em assistência médica especializada e odontológica. Essa iniciativa foi instrumentalizada com base em dois elementos fundamentais: um de caráter estrutural, envolvendo a construção de 21 policlínicas e 16 Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) nas regiões de saúde do estado, conforme definido pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR), abrangendo 179 dos 184 municípios cearenses; e outro de natureza gerencial, centrado no fortalecimento institucional da gestão e na contínua melhoria da oferta de serviços de saúde públicos no estado. Nesse contexto, a gestão das infraestruturas fi-

sicas mencionadas foi confiada aos consórcios públicos interfederativos da saúde, conforme destacado por Neto (2018).

Vale destacar que as associações públicas de natureza autárquica adotadas no estado do Ceará representam uma abordagem pioneira no cenário nacional, sendo conhecidas como consórcios verticais. Nesse modelo, o governo estadual desempenha um papel fundamental, participando diretamente na constituição, formação e sustentabilidade de cada consórcio em colaboração com os municípios, conforme observado por Julião (2018). A interação institucional entre o estado e os municípios é notável, com o primeiro atuando como indutor, desempenhando um papel mais voltado para a coordenação e incentivos à integração regional da saúde pública nas regiões de saúde. Por sua vez, os municípios assumem a responsabilidade pelo gerenciamento dos equipamentos públicos, como as policlínicas e Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), dentro do consórcio (JULIÃO, 2018).

Portanto, com a experiência do Ceará, entende-se a importância do papel das capacidades estatais técnico-administrativas e político-relacionais na implantação e condução dos consórcios no estado (CAPPELLA, 2016; DIAS, 2006; STRELEC; FONSECA, 2012).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. et al. Associativismo intergovernamental: experiências brasileiras. Brasília: Editora IABS, 2013.

ALMEIDA, P. F. et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2018, 42 (spe1):244-60.

BADUY, R. S. et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011.

BERTOLOZZI, M. R. , GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 30, n. 3, p. 380-98, dez. 1996.

BRASIL, Gabinete de transição Governamental. Relatório Final. Brasília, dez. 2022. Disponível em: < > Acesso em: 19/01/2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 1.604, de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 20 de out. 2023. Disponível em: < >. Acesso em: 19/01/2024.

BRASIL. Lei no 11.107, de 6 de abril de 2005. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 6 abr. 2005. Disponível em: 2006/2005/lei/111107.htm. Acesso: 21 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1992.

BRASIL. Portaria GM/MS Nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, v. 200, n. 1, p. 87. 20 out. 2023. Seção 1, pt. 1.

CAPELLA, A. C. N. Um estudo sobre o conceito de empreendedor de políticas públicas: Ideias, Interesses e Mudanças. Cadernos EBAPE. BR, Rio de Janeiro, v. 14, n. spe, p. 486–505, 2016.

CHIORO, A. et al. Rede de Atenção às Urgências e Emergências e a Produção Viva de Mapas de Cuidados - Relatório Técnico-Científico Final. UNIFESP. São Paulo, 2022. Disponível em: < > Acesso em: 19/01/2024.

COHEN, E. et al. Specialized Care without the Subspecialist: A Value Opportunity for Secondary Care. *Children* 2018, 5(6):69.

CUNHA, R. E. DA. Federalismo e relações intergovernamentais: os consórcios públicos como instrumento de cooperação federativa. *Revista do Serviço Público*, v. 55, n. 3, p. 5–36, 2004.

DIAS, S. Possibilidades jurídico-institucionais dos Consórcios Públicos. [s. l. ] USP, 2006.

EVERTON, M. et al. Análise dos modelos de pagamento aplicados ao financiamento federal na perspectiva do Sistema Único de Saúde. *J Bras Econ Saúde*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 65-76, 2022.

GIANNOTTI, E. M. A organização de processos regulatórios na gestão municipal de saúde e suas implicações no acesso aos serviços: um estudo de caso do município de Guarulhos. Dissertação (Mestrado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

IYDA, Maria. Cem anos de saúde pública: a cidadania negada. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1994.

JULIÃO, K. S. Cooperação intergovernamental na saúde: os Consórcios Públicos de Saúde no Ceará como estratégia de coordenação estadual. 2018. 202f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, USP, São Paulo, 2018. Disponível em: [https://183138/publico/DISSERTACAO\\_Karine\\_Souza\\_Juliao.pdf](https://183138/publico/DISSERTACAO_Karine_Souza_Juliao.pdf). Acesso em: 23 jan. 2024.

LIMA L. D. et al. Regional Governance arrangements of the Brazilian Unified National Health System: provider diversity and spatial inequality in service provision. *Cad Saude Publica* 2019, 35(Sup. 2):e00094618.

MEIRELLES, H. L. Direito Administrativo Brasil. São Paulo: Malheiros, 2016.

MELLO, M. T. Direito E Economia Nas Organizações Públicas – Uma análise da perspectiva dos custos de transação aplicada aos laboratórios públicos nacionais produtores de imunobiológicos. *Economic Analysis of Law Review*, Brasília-DF, v. 09, nº 3, p. 03-16, setdez. 2018. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/EALR/article/view/8364>. Acesso em: 23 jan. 2024.

MELO, D. C. et al. Manual de acesso aos serviços de apoio diagnósticos e tratamentos das Policlínicas Regionais de Saúde do Estado da Bahia. Salvador: Secretária da Saúde do Estado, 2017.

MENDES, I. S. et al. Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. *Cadernos de Saúde Pública*, 2021, 37(Sup. 5): e00149520.

MINISTÉRIO DA SAÚDE E OPAS. Documento Disparador para o Seminário Internacional de Atenção Especializada: subsídios para a construção da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde. Disponível em: > acesso em 18 de janeiro 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Regulamentação da Lei 8.080 para fortalecimento do Sistema Único da Saúde: decreto 7508, de 2011. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1035-1042, dez. 2011.

MOE, T. The new economics of organization. *American Journal of Political Science*, v. 28, n. 4, p. 739-777, nov., 1984.

MOE, T. The Politics of Structural Choice: toward a theory of public bureaucracy. In: WILLIAMSON, O. (ed.). *Organization Theory – From Chester Barnard to the Present and Beyond*. New York, Oxford, Oxford University Press, p 116-153, 1995.

PINTO, C. D. Estruturas de governança e competências dos laboratórios públicos nacionais produtores de imunobiológicos: uma análise do arranjo organizacional. 2017. 366 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento) - Instituto de Economia, UFRJ, Rio de Janeiro, 2017.

PINTO, H. A. “Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017.” *Saúde em Redes* 4. 1 (2018): 35-53.

Portaria nº 1604, de 18 DE Outubro de 2023. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE (PNAES). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de Outubro de 2023.

Secretaria de Saúde de Recife. Política Municipal de Atenção Especializada, 2022. SOLLA, J. , CHIORO, A. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. et al. (org. ). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 627-673.

STRELEC, T. , FONSECA, F. Alcances e Limites da Lei dos Consórcios Públicos-um balanço da experiência consorciativa no estado de São Paulo. Cadernos Adenauer, v. 4, p. 145-140, 2012.

UGÁ, M. A. D. , LIMA, S. M. L. Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços a saúde. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: estrutura do financiamento e do gasto setorial [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 4. pp. 135-168.

VIANA, A. L. D. et al. Regionalization and health networks. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018.

WILLIAMSON, O. E. Comparative economic organization of discrete structural alternatives. *Administrative Science Quarterly*, v. 36, n. 2, p. 269-296, 1999.

*Diego Antunes Silveira; Geziel dos Santos de Sousa; Mirlene Souza Santos Soares;  
Therese Maria Magalhães Moreira; Wellington Alencar da Silva*

## INTRODUÇÃO

A saúde da mulher no Brasil do início do século XX era limitada ao período do ciclo gravídico-puerperal. Desde a década de 1960 até início dos anos 80. Atendimento pré-natal, controle do puerpério, os programas de saúde materno-infantil foram incentivados pela OMS como estratégia para reduzir a mortalidade infantil nos países periféricos. No final dos anos 70, durante o governo militar, o Ministério da Saúde tentou reformular o PSMI incorporando ações de planejamento familiar, causando grande polêmica envolvendo a igreja e a sociedade.

A igreja influenciaram o pensamento da sociedade sobre planejamento familiar desde o tempo do Brasil Colônia. Na década de 1930, o governo de Getúlio tinha uma política pró-natalista.

A política dos Estados Unidos junto aos países da América Latina condicionava a concessão de ajuda econômica a adoção de programas e estratégias para reduzir o crescimento demográfico. (FMI/Banco Mundial)

- Período Colonial - as doenças eram entendidas como castigo ou provação, fortemente ligada a crenças e práticas religiosas, sendo o curandeirismo o principal modelo de saúde.

Durante o período colonial e até o início do Império, a medicina era exercida em terras brasileiras por agentes de formação europeia, radicados nas grandes cidades, atendendo às camadas altas da sociedade. Os pobres e escravos se utilizavam de curandeiros e da boa vontade dos patrões para resolverem seus problemas de saúde.

- Período Imperial - período bastante crítico na área da Saúde, com grandes problemas sanitários, com a chegada da família real ao Brasil criou a organização sanitária mínima no Rio de Janeiro em 1850, o controle de navios e saúde nos portos, carência de médicos.

Uma das formas de conseguir atendimento era através de centros médicos ligados as instituições religiosas, como as Santas Casas de Misericórdia. Esses espaços eram mantidos por meio de doações da comunidade e por muito tempo representam a única opção para as pessoas sem condições financeiras.

- República Velha - 1889 - 1930 - maternidade era o papel principal da mulher na sociedade, predominavam as doenças transmissíveis como a febre amarela, a varíola, a tuberculose e a sífilis, preocupação era conter as doenças coletivas.

No final do século XIX e início do XX, a cidade do Rio de Janeiro contou com diversas ações de saneamento básico e campanha de vacinação contra a varíola.

Ainda nessa época, o esgoto corria a céu aberto e o lixo não tinha o destino adequado, assim, a população estava sujeita a uma série de doenças.

Criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (Decreto nº 19.402, de 14/11/1930).

Os serviços relacionados com a saúde pública foram transferidos para o novo Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública.

Reativado o Serviço de Profilaxia de Febre Amarela, em função da epidemia de 1927-1928, no Rio de Janeiro, e da dispersão do mosquito transmissor.

vários direitos aos trabalhadores/Criação da Justiça do Trabalho, da carteira de trabalho, salário mínimo, descanso semanal remunerado, jornada de trabalho. No Brasil, em relação a saúde da mulher, o foco era fazer das mulheres “melhores mães” a maternidade era o papel principal da mulher na sociedade. A criação dos filhos era o papel de desenvolvimento econômico mais relevante das mulheres.

- Primeira Experiência Democrática - A saúde da mulher no Brasil do início do século XX era limitada ao período do ciclo gravídico-puerperal. Em 1975 é declarado pela ONU como Ano Internacional das Mulheres. Foram realizados o 1º Encontro de Mulheres do Rio de Janeiro e o Encontro para o Diagnóstico da Mulher Paulista, que deram origem ao centro de Desenvolvimento da Mulher brasileira. Com a volta da democracia ao Brasil, as mulheres ganham mais protagonismo no governo com a criação, em 1985, do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM).
- Regime Militar - (1964-1985)/A saúde sofreu com o corte de verbas durante o período de regime militar e doenças como dengue, meningite e malária se intensificaram. Houve aumento das epidemias e da mortalidade infantil, até que o governo buscou fazer algo, Os programas de saúde materno-infantil foram incentivados pela OMS. Como estratégia para reduzir a mortalidade infantil nos países periféricos. Em 1970, apenas 1% do orçamento da União era destinado para a saúde. Ao mesmo tempo, surgia o Movimento Sanitarista, formado por profissionais da saúde, intelectuais e partidos políticos. Eles discutiam as mudanças necessárias para a saúde pública no Brasil.

Em 1974 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI – 1974): redução da morbimortalidade materna e perinatal com enfoque no processo reprodutivo feminino e crianças menores de 5 anos. Ações voltadas ao pré-natal, parto e puerpério

- Redemocratização - Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil foi criado em (PNSMI – 1974): Em 1984 - desvincula a atenção à saúde da mulher da saúde da criança Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM – 1984): Ações de atenção à saúde cardiovascular, câncer cérvico-uterino e mamário, acidentes e causas externas, problemas respiratórios e infectocontagiosos

- Reforma Sanitária - em 1986 temos a 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS - foi um dos momentos mais importantes na definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e debateu três temas principais: 'A saúde como dever do Estado e direito do cidadão', 'A reformulação do Sistema Nacional de Saúde' e 'O financiamento setorial'.
- O SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, que determina que é dever do Estado garantir saúde a toda a população brasileira. O documento criado ao final do evento era um esboço para a criação do Sistema Nacional de Saúde - SUS.
- Em 1990 - Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do sistema e instituiu os preceitos que seguem até hoje. A partir deste momento, a população brasileira passou a ter direito à saúde universal e gratuita. A Lei Federal 8.080 de 1990 regulamenta o Sistema Único de Saúde. De acordo com a legislação, os objetivos do SUS são: Identificar e divulgar os condicionantes e determinantes da saúde; Formular a política de saúde para promover os campos econômico e social, para diminuir o risco de agravos à saúde; Fazer ações de saúde de promoção, proteção e recuperação integrando ações assistenciais e preventivas
- Em 2004 o Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher deixa de ser um programa e torna a ser Política Nacional de atenção integral à saúde da mulher (PNAISM) - Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS. Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, ampliando o acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de espécie.

## ACHADOS E ANÁLISE CRÍTICA

Políticas de saúde das mulheres: identifica-se nas contradições das políticas, dos programas ou das estratégias adotados pelo SUS ao longo de sua existência;

Acesso universal: pressuposto para a integralidade e garantia na atenção à saúde a todas as mulheres.

Percebe-se uma fragmentação e restrição às necessidades de saúde reprodutiva, detecção precoce de câncer ginecológico e mama ou tratamento -IBGE (2005) identifica que 34% de mulheres com idade a partir de 40 anos nunca realizaram exame clínico de mamas por profissional de saúde;

Determinantes sociais influenciam no acesso;

As dificuldades ou a falta de acesso configuram uma injusta desigualdade;

Implicações de acesso na pandemia do covid-19.

A criação de uma política de atenção integral à saúde da mulher surge num contexto em que movimentos sociais e legisladores chegaram a um consenso quanto a necessidade de direcionar ações específicas para auxiliar na prevenção e tratamento da **mulher acometida por patologias e exposta a riscos** que afetam sua integridade física ou seu bem-estar em um aspecto mais amplo.

Neste sentido, a PNAISM (2004) surge como um elemento que, **num enfoque de gênero**, consolida objetivos e diretrizes que promovem a saúde da mulher. Esta política considera múltiplas variáveis relacionadas à saúde da mulher, como, por exemplo, o planejamento familiar, a violência doméstica e sexual, a prevenção ao HIV e o tratamento de DCNT (doenças crônicas não transmissíveis) e o câncer.

A PNAISM contempla a população **feminina acima de 10 anos**, e é uma evolução do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, 1984). De acordo com a PNAISM:

“O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em **planejamento**

**familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama**, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).”- PNAISM, 2004

Uma sequência progressiva de ações aos poucos transformou a saúde da mulher em uma das prioridades de governo a partir de 1998. Ainda assim, vários grupos populacionais femininos ainda não estavam plenamente encaixados nestas ações, entre estas há por exemplo: **mora-doras de zonas rurais, indígenas e deficientes**. Ainda de acordo com a PNAISM:

“O aumento da expectativa de vida ao nascer, que era de **54 anos em 1970 e passou para 68 anos em 1999** (IBGE, 2001), trouxe **novas demandas para o setor Saúde**, principalmente no que se refere às **doenças crônicas e degenerativas**, de maior incidência na população idosa, e **maiores demandas para a previdência social**.”- PNAISM, 2004

A existência de uma grande parcela da população vivendo em situação de pobreza e de extrema pobreza expõe um grande volume de pessoas a riscos sanitários de ordem diversa. Além disso, as mulheres são especialmente afetadas nas faixas mais baixas de renda, por vezes realizando trabalhos mal remunerados e enfrentando um ambiente familiar abusivo.

Cabe destacar que a população de mulheres negras enfrenta ainda maiores dificuldades no contexto socioeconômico em decorrência da integração social da população negra que foi mal conduzida após a abolição da escravidão.

Por fim, é importante analisar os dados que detalham as diferenças entre no quadro geral de saúde de homens e mulheres, tanto pela óbvia diferença biológica entre ambos, como também pelos aspectos sociais que os afetam.

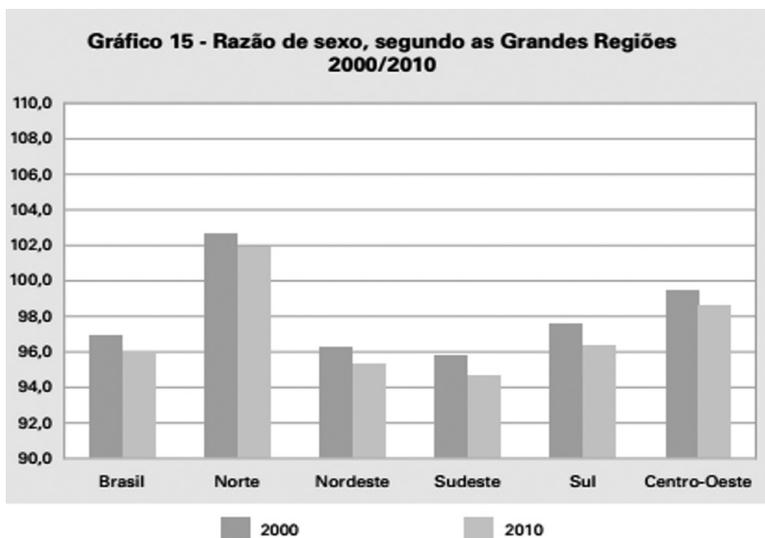
No que tange a mortalidade, por exemplo, a violência afeta os homens em escala muito superior às mulheres, no entanto, a violência doméstica e sexual afeta muito mais as mulheres do que os homens. Pela sua capacidade de gestar a mulher também possui a complicação de transmissão vertical de doenças como a sífilis e o HIV, além dos riscos associados à mortalidade materna.

A gravidez na adolescência também gera graves impactos físicos e sociais para as jovens mulheres. No começo dos anos 2000 observou-se que apesar da fecundidade em geral ter reduzido, a fecundidade do grupo de 15 a 19 anos estava aumentando. Este conjunto de fatores mostra a relevância de haver uma política que permita dar atenção especial à situação de saúde das mulheres.

As mulheres são a maior parcela da população brasileira. De acordo com o último censo nacional completo, o Censo Demográfico de 2010 do IBGE, a predominância feminina é de 95,9 homens para cada 100 mulheres. Este número reforça a tendência de predominância feminina que já era evidente no Censo Demográfico de 2000, quando esta relação era de 96,9 homens para cada 100 mulheres.

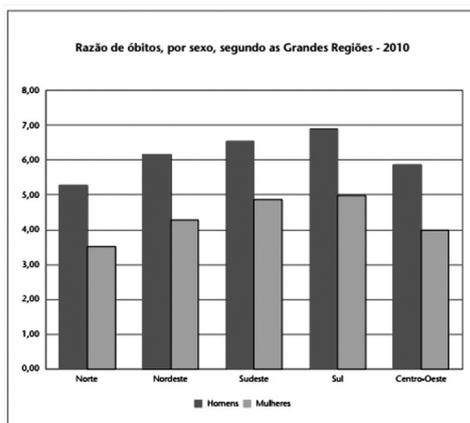


Fonte: IBGE, Atlas do Censo Demográfico 2010



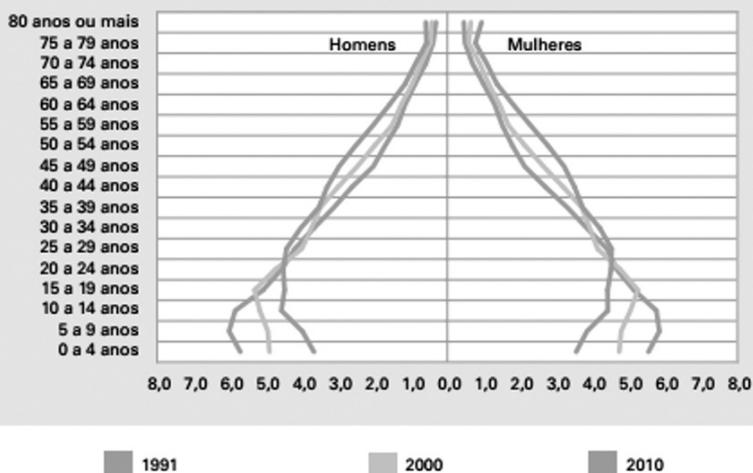
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000/2010

As mulheres também representam o maior contingente de idosos no país, em decorrência de sua expectativa de vida ser maior do que a dos homens em todas as faixas etárias e a sobremortalidade masculina ser muito elevada.



Fonte: IBGE, Atlas do Censo Demográfico 2010

**Gráfico 19 - Composição da população residente total, por sexo e grupos de idade - Brasil - 1991/2010**



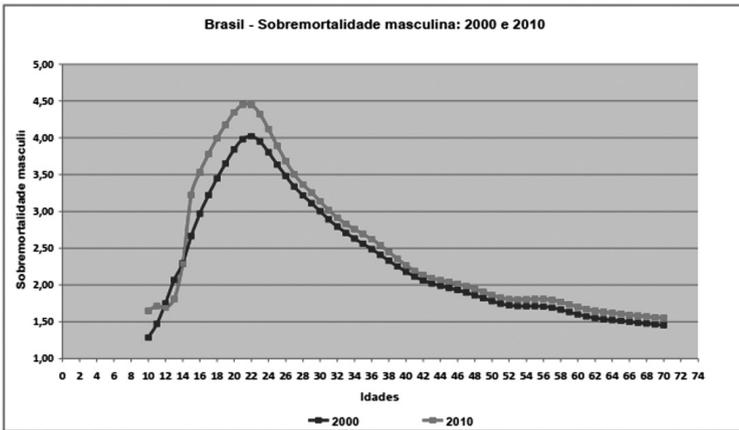
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2010

**Brasil: Vida média às idades exatas (X), por sexo: 2000, 2009 e 2010**

Idade X	Vida Média = E(X) + X								
	Ambos os sexos (AS)			Homens (H)			Mulheres (M)		
	2000	2009	2010	2000	2009	2010	2000	2009	2010
0	70,46	73,17	73,48	66,73	69,42	69,73	74,36	77,01	77,32
5	73,11	75,18	75,42	69,57	71,64	71,88	76,79	78,77	79,01
10	73,25	75,29	75,53	69,74	71,76	72,00	76,91	78,86	79,09
15	73,39	75,40	75,63	69,91	71,89	72,12	77,01	78,94	79,16
20	73,76	75,69	75,92	70,43	72,33	72,55	77,19	79,07	79,29
25	74,27	76,12	76,34	71,20	72,98	73,19	77,42	79,24	79,46
30	74,82	76,56	76,76	72,00	73,62	73,81	77,69	79,45	79,66
35	75,41	77,03	77,22	72,82	74,27	74,45	78,02	79,71	79,90
40	76,07	77,56	77,74	73,70	74,99	75,15	78,44	80,03	80,22
45	76,86	78,22	78,38	74,70	75,83	75,97	78,99	80,49	80,66
50	77,81	79,04	79,18	75,87	76,85	76,97	79,70	81,08	81,25
55	78,94	80,03	80,16	77,22	78,06	78,16	80,59	81,85	82,00
60	80,32	81,27	81,39	78,84	79,55	79,63	81,70	82,83	82,97
65	81,97	82,77	82,87	80,73	81,30	81,37	83,09	84,07	84,19
70	83,92	84,58	84,66	82,93	83,37	83,43	84,78	85,61	85,71
75	86,29	86,82	86,89	85,58	85,92	85,96	86,88	87,55	87,63
80	89,13	89,55	89,60	88,69	88,97	89,01	89,46	90,00	90,06

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

“A sobremortalidade masculina é a relação entre as probabilidades de morte de homens e mulheres, por idade ou grupos de idade, podendo também ser calculada com as taxas centrais de mortalidade. **Em 2010, a chance de um homem falecer aos 22 anos de idade era 4,5 maior que a de uma mulher** (Gráfico 2). Esta sobremortalidade pode ser observada em todas as idades. A elevação da curva que a descreve está estreitamente associada às mortes por causas externas, em particular as violentas, que incide com maior intensidade sobre a população masculina jovem e adulta jovem.” - IBGE, Censo Demográfico 2010



Além de compor a maior parcela da população, as mulheres historicamente enfrentaram barreiras sociais para o exercício pleno de direitos civis, os quais inicialmente foram disponibilizados para homens. Pensamentos arcaicos e preconceitos permearam durante séculos as principais culturas da sociedade humana, as quais em diversos momentos trataram a mulher como tendo valor menor do que o homem.

Políticas públicas de saúde direcionadas especificamente para o público feminino são essenciais para executar ações que auxiliem as mulheres a exercer sua vida de forma plena e saudável. Tais políticas precisam considerar, sem preconceitos, as características biológicas do corpo feminino, o qual demanda atenção diferente do masculino em diversos campos.

Cabe adicionar que as mulheres têm por sua natureza biológica o potencial de reprodução que é essencial para a sobrevivência humana, e que a decisão de gestar tem impactos socioeconômicos e físicos para a mulher, necessitando esta de cuidados adicionais para garantir sua segurança e a do nascituro.

A política nacional de atenção integral à saúde da mulher (PNAISM) representa um direcionamento claro das ações governamentais em prol da melhoria no cuidado com a saúde feminina. São **objetivos gerais** do PNAISM:

1. “Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro;
2. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie;
3. Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.” PNAISM (2004)

Além destes objetivos gerais, o PNAISM apresenta **14 objetivos específicos** para atenção à saúde da mulher:

- “Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST;
- Estimular a implantação e implementação da assistência em **planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes**, no âmbito da atenção integral à saúde;
- Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes;
- Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual;

- Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/aids na população feminina; PNAISM (2004)
- Reduzir a **morbimortalidade por câncer** na população feminina;
- Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero;
- Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério;
- Promover a atenção à saúde da mulher na **terceira idade**;
- Promover a atenção à saúde da **mulher negra**;
- Promover a atenção à saúde das **trabalhadoras do campo e da cidade**;
- Promover a atenção à saúde da mulher indígena;
- Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo **HIV/aids** nessa população;
- Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.” PNAISM (2004)

Para a adequada utilização dos recursos públicos, é necessário que a PNAISM possua diretrizes claras que possibilitem uma gestão otimizada. São Diretrizes do PNAISM:

- “O **Sistema Único de Saúde** deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o **controle de patologias mais prevalentes nesse grupo** e a garantia do direito à saúde.
- A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos **distintos grupos**

**populacionais** (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).

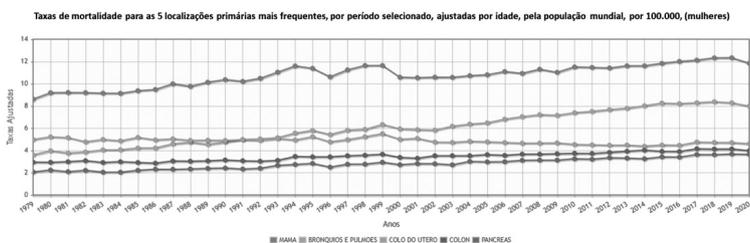
- A elaboração, a execução e a **avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia**, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.
- A gestão da Política de Atenção à Saúde deverá estabelecer uma dinâmica inclusiva, para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais.
- As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, **objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher**, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação.
- A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de **ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde**, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).
- O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Sendo **responsabilidade dos três níveis gestores**, de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução da Política de Atenção à Saúde da Mulher.
- A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu **contexto de vida**, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.

- A atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, de diferentes orientações sexuais etc. O atendimento deverá nortear-se pelo **respeito a todas as diferenças**, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde.
- As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas **adequadas ao seu contexto e momento de vida**; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares.
- No processo de elaboração, execução e avaliação das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher **deverá ser estimulada e apoiada a participação da sociedade civil organizada, em particular do movimento de mulheres**, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política no campo dos direitos e da saúde da mulher.
- Compreende-se que a participação da sociedade civil na implementação das ações de saúde da mulher, **no âmbito federal, estadual e municipal** requer – cabendo, portanto, às instâncias gestoras – **melhorar e qualificar os mecanismos de repasse de informações sobre as políticas de saúde da mulher e sobre os instrumentos de gestão e regulação do SUS.**

- No âmbito do setor Saúde, a execução de ações será **pactu-ada entre todos os níveis hierárquicos**, visando a uma atuação mais abrangente e horizontal, além de permitir o **ajuste às diferentes realidades regionais**.
- **As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais**; condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados.” PNAISM (2004)

A PNAISM é um documento muito abrangente e com diversas frentes de atuação. Por meio dela é possível ter um direcionamento geral para que os **três níveis gestores** (Federal, Estadual e Municipal) do sistema de saúde atuem de forma integrada na execução de ações que visem o bem-estar do público feminino.

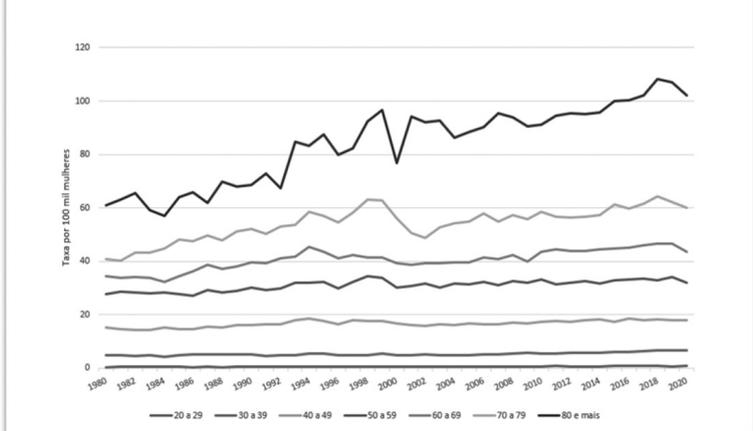
Neste sentido, um exemplo de ação bem-sucedida é a consolidação de informações de saúde que permite gerar melhores estatísticas e desta forma direcionar recursos públicos de forma mais clara. O combate ao câncer de mama é um dos exemplos de políticas públicas para a saúde da mulher que podemos identificar como tendo alcançado êxito em seu propósito. Sua relevância é enorme dado que o câncer de mama é o tipo de câncer com maior mortalidade entre as mulheres.



Fonte: INCA, Atlas de Mortalidade por Câncer. Acesso em: 15 de Janeiro 2023

O câncer de mama tem maior incidência e mortalidade em mulheres do que em homens, e o risco aumenta conforme a evolução da idade do indivíduo.

**Figura 3. Taxas de mortalidade por câncer de mama, específicas por faixas etárias, por 100.000 mulheres. Brasil, 1980 a 2020**



Fonte: INCA, Atlas de Mortalidade por Câncer. Acesso em: 15 de Janeiro 2023

Considerando dados de 2020 do INCA, a mortalidade do câncer de mama no Brasil está dentro de um padrão médio mundial. Apesar de haver um crescimento em números absolutos do volume de óbitos, podemos relacionar este fato com o envelhecimento da população feminina brasileira, que tem vivido cada vez mais.

Taxas de mortalidade por câncer de MAMA, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres, no Brasil, entre 1979 e 2020.

Localidade	Taxas Específicas										Taxa Bruta	Classificação	Taxas Padronizadas			
	00 a 04	05 a 09	10 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79				80 ou mais	Idade ignorada	Pop. Mundial(1)
Centro-Oeste	0,00	0,00	0,00	0,02	0,52	4,97	15,16	29,17	38,48	52,00	52,04	63,15	8,59	3	10,20	10,93
Nordeste	0,00	0,00	0,01	0,03	0,42	4,25	12,54	22,86	26,66	33,79	57,26	32,53	6,91	4	7,84	8,22
Norte	0,01	0,00	0,00	0,01	0,42	3,34	10,98	19,27	23,23	29,34	45,64	1,96	4,47	5	6,48	6,94
Sudeste	0,00	0,00	0,00	0,03	0,83	6,17	19,42	36,38	49,78	62,29	100,27	26,18	14,03	4	13,94	14,96
Sul	0,00	0,00	0,01	0,00	0,61	5,86	18,88	35,43	48,23	67,18	112,66	84,29	13,57	2	12,77	13,72
<b>Brasil</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,02</b>	<b>0,54</b>	<b>5,34</b>	<b>16,88</b>	<b>31,47</b>	<b>41,64</b>	<b>55,78</b>	<b>90,98</b>	<b>19,74</b>	<b>10,87</b>		<b>11,09</b>	<b>11,88</b>

Fonte: INCA, Atlas de Mortalidade por Câncer. Acesso em: 15 de Janeiro 2023

Região	Total	2006	2008	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Centro-Oeste	16.307	414	434	418	513	491	532	607	561	658	698	747	790	855	892	967	1.000	1.023	1.132	1.206	1.187	1.183
Nordeste	54.473	1.248	1.265	1.406	1.495	1.608	1.812	2.128	2.153	2.380	2.417	2.433	2.497	2.816	3.054	3.051	3.357	3.433	3.660	3.807	4.044	4.000
Norte	9.567	203	186	245	241	263	271	323	333	390	373	384	474	471	536	563	656	652	685	777	754	787
Sudeste	142.004	8.835	9.086	3.171	2.304	3.295	3.703	3.804	3.998	6.330	6.313	6.441	6.844	7.033	7.201	7.495	7.607	8.094	8.302	8.774	9.000	8.803
Sul	48.651	1.631	1.674	1.770	1.789	1.832	1.888	1.972	2.015	2.050	2.167	2.300	2.420	2.416	2.523	2.596	2.723	2.867	2.885	3.008	3.083	3.042
<b>Total das Localidades</b>	<b>271.002</b>	<b>9.311</b>	<b>9.637</b>	<b>9.010</b>	<b>9.342</b>	<b>9.789</b>	<b>10.208</b>	<b>10.834</b>	<b>11.060</b>	<b>11.813</b>	<b>11.968</b>	<b>12.705</b>	<b>13.225</b>	<b>13.391</b>	<b>14.206</b>	<b>14.622</b>	<b>15.403</b>	<b>16.069</b>	<b>16.724</b>	<b>17.372</b>	<b>18.068</b>	<b>17.825</b>

Região	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Centro-Oeste	9,32	9,09	8,44	10,00	9,17	9,47	10,34	9,07	10,20	10,30	10,85	10,80	11,36	11,31	11,84	11,70	11,42	12,23	12,58	11,87	11,50	
Nordeste	6,10	5,86	6,29	6,50	6,80	7,39	6,48	6,25	6,84	6,66	6,28	9,17	9,26	9,83	9,55	10,26	10,15	10,55	10,62	11,02	10,60	
Norte	5,07	4,55	5,44	5,37	5,47	5,37	6,26	6,12	7,02	6,32	6,22	7,52	7,04	7,00	7,05	8,91	8,45	8,58	9,29	8,31	8,76	
Sudeste	13,00	13,31	13,00	12,75	13,05	12,88	12,64	12,62	12,95	12,43	12,85	12,71	12,66	12,57	12,68	12,62	12,62	13,02	13,08	13,27	13,28	12,84
Sul	12,03	12,74	13,03	12,75	12,47	12,45	12,65	12,59	12,34	12,62	13,24	13,15	12,78	12,96	12,91	13,10	13,54	13,08	13,21	13,28	12,79	
<b>Total das Localidades</b>	<b>10,38</b>	<b>10,34</b>	<b>10,38</b>	<b>10,57</b>	<b>10,72</b>	<b>10,80</b>	<b>11,09</b>	<b>10,93</b>	<b>11,30</b>	<b>11,02</b>	<b>11,51</b>	<b>11,46</b>	<b>11,42</b>	<b>11,60</b>	<b>11,60</b>	<b>11,83</b>	<b>12,00</b>	<b>12,12</b>	<b>12,32</b>	<b>12,33</b>	<b>11,84</b>	

Fonte: INCA, Atlas de Mortalidade por Câncer. Acesso em: 15 de Janeiro 2023

Foram criados políticas públicas de atenção à saúde da mulher, sendo divididos em segmentos, para contemplar as principais demandas da vida, passando desde a saúde preventiva indo até as doenças mais comuns ao sexo feminino, abrangendo a prevenção e tratamento:

- PARTE 1 – ATENÇÃO AOS PROBLEMAS/QUEIXAS MAIS COMUNS EM SAÚDE DAS MULHERES.
- PARTE 2 – ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO, PUERPÉRIO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO
- PARTE 3 – PLANEJAMENTO REPRODUTIVO
- PARTE 4 – PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO.
- PARTE 5 – PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA.
- PARTE 6 – ATENÇÃO ÀS MULHERES NO CLIMATÉRIO
- PARTE 7 – ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E/OU DOMÉSTICA/INTRAFAMILIAR.

A construção de uma análise do sistema voltado à saúde da mulher, permitiu desenhar protocolos voltados ao início do cuidado, em sua maioria empregados na atenção primária, dos quais foram necessários um estudo voltado a atenção aos problemas/queixas mais comuns em saúde das mulheres, a atenção às mulheres no pré-natal de baixo risco, puerpério e promoção do aleitamento materno, o planejamento reprodutivo, a prevenção o diagnóstico e as formas de tratamento de câncer de colo do útero, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama. Existe ainda, a observância da ATENÇÃO ÀS MULHERES que estão no CLIMATÉRIO, que passam por SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL E/OU DOMÉSTICA/INTRAFAMILIAR.

Dentre os principais programas voltados à saúde feminina está a Rede Cegonha, que é um pacote de ações que visam garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres. Perpassa pela assistência desde o planejamento familiar, descoberta da gravidez, acompanhamento pré-natal, parto, puerpério, e vai até os dois anos de nascido da criança.

Tem como diretrizes de base:

- Acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- Vinculação da gestante à unidade de referência para o parto, e ao transporte seguro;
- Boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- Atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade;
- Acesso às ações de planejamento reprodutivo.

Já os seus objetivos são promover a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança; A organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e a busca pela redução da mortalidade materna e infantil

**1) Programa Adolescente Mães** – A gestação na adolescência se constituiu num problema de saúde pública e um desafio para as políticas de Estado. As estatísticas apontam que as complicações na gestação e no parto em jovens entre 15 e 19 anos representam a segunda causa de morte no mundo nessa faixa etária.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) reforça a necessidade de intervir nesse processo, uma vez que essas gestações podem causar danos biopsicossociais nas mães e bebês.

Em 2019, no Brasil, segundo o DATASUS, 14% de nascidos vivos (399.922/2.848.662) foram de gestação com idade materna entre 15 e 19 anos – faixa etária considerada de alto risco para as gestantes, fetos e recém-nascidos.

Também foram registrados 19.330 nascidos vivos em gestações com idade materna entre 10 e 14 anos.

O estudo vai, também, avaliar o impacto orçamentário da gestação na adolescência na perspectiva do sistema público de saúde brasileiro e, com isso, subsidiar os gestores de saúde com mais informações

para o planejamento das políticas públicas e otimização dos recursos. Trata-se de um estudo econômico retrospectivo, com coleta de dados secundários.

Através de diversas ações, o projeto permitirá um olhar ampliado para as características das adolescentes gestantes e lactentes em conjunto com a relação mãe-bebê. Como consequência, essa análise pode colaborar com futuras políticas de intervenção para prevenir o risco de danos à saúde da mãe adolescente e seu filho. Podendo auxiliar na estratificação de risco das gestantes, permitindo a melhor alocação de recursos na rede de saúde; no diagnóstico precoce de complicações materno-fetais; além de possuir potencial prognóstico para desfechos materno-fetais desfavoráveis que poderão auxiliar na tomada de decisões clínicas.

**2) Cuidado à Gestante** – O Cuidado à Gestante vai ao encontro das diretrizes e objetivos propostos no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020-2023, destacando as diretrizes 5 e 7, que reforçam a garantia do atendimento integral à saúde no âmbito da atenção primária e atenção especializada, com equidade e em tempo adequado ao atendimento; e, no âmbito da atenção primária e saúde da criança, visa garantir a atenção integral à saúde da criança, com especial atenção nos dois primeiros anos de vida, e da mulher, com especial atenção na gestação.

### **Métodos:**

- a. Integrar, ampliar e qualificar o acesso às ações em cardiopatias congênitas, o projeto realiza procedimentos de Mielomeningocele e transfusão feto fetal em gestantes com indicação, contribuindo para a ampliação da utilização dessas técnicas na rede pública melhorando a qualidade de vida dos pacientes atendidos no SUS, diminuindo as sequelas e melhorando a sobrevida dos pacientes.
- b. A realização de cirurgia intrauterina da Mielomeningocele permite melhores resultados neurológicos pós-natais e economia de cerca de 2 milhões de dólares por 100 casos operados.

## **Objetivos:**

- a. Capacitar profissionais de saúde no cuidado da gestante e do feto com malformação cardíaca congênita, bem como realizar intervenções intrauterinas de correção de espinha bífida na Mielomeningocele e transfusões feto/fetais.
- b. Os procedimentos mudam consideravelmente o prognóstico e desfechos destes bebês ao nascer.

Política Nacional de Saúde LGBT é um tipo de programa divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população em condição de vulnerabilidade. É também um documento norteador e legitimador das suas necessidades e especificidades, em conformidade aos postulados de equidade previstos na Constituição Federal e na Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde.

## **Objetivos específicos:**

Art. 2º A Política Nacional de Saúde Integral LGBT tem os seguintes objetivos específicos:

- I - Instituir mecanismos de gestão para atingir maior equidade no SUS, com especial atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, incluídas as especificidades de raça, cor, etnia, territorial e outras congêneres;
- II - Ampliar o acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, garantindo às pessoas o respeito e a prestação de serviços de saúde com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades;
- III - qualificar a rede de serviços do SUS para a atenção e o cuidado integral à saúde da população LGBT;
- IV - Qualificar a informação em saúde no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados específicos sobre a saúde da população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;

- V - Monitorar, avaliar e difundir os indicadores de saúde e de serviços para a população LGBT, incluindo os recortes étnico-racial e territorial;
- VI - Garantir acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados;
- VII - promover iniciativas voltadas à redução de riscos e oferecer atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais;
- VIII - reduzir danos à saúde da população LGBT no que diz respeito ao uso excessivo de medicamentos, drogas e fármacos, especialmente para travestis e transexuais;
- IX - definir estratégias setoriais e intersetoriais que visem reduzir a morbidade e a mortalidade de travestis;

## **CASO DE APLICAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA**

O programa de mamografia itinerante, tem diversos nomes pelo país, e em sua maioria, são um sucesso, visto que atingem uma quantidade superior de mulheres com menor custo que se fosse implementado um mamógrafo fixo. A iniciativa oferece mamografias gratuitas e sem necessidade de pedido médico ou agendamento para mulheres de 50 a 69 anos. Não necessita basta apresentar RG e cartão SUS para ser atendida...”.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes. Série Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde, Centro de Documentação. Textos Básicos. Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ações Programáticas. Brasília, DF, 1985.

SILVEIRA PS, PAIM JS, ADRIÃO KG. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. Saúde debate. 2019, 43(8):276-291.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Brasileiro de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.  
IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

INCA – Instituto Nacional de Câncer, Atlas de Mortalidade por Câncer. Acesso em: 15 de janeiro 2023. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>.

*Ana Kézia Cunha de Queiroz Araújo; Ana Paula Pires; Camila de Fátima dos Anjos Tavares de Miranda; Clarice Maria Araújo Chagas Vergara; Deborah Cristina Silva Queiroz Alves; Karen Lopes Cunha; Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira; Paulo Sávio Fonteneles Magalhães; Thereza Maria magalhães Moreira*

## INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) é pensada como indutora de práticas disruptivas que tem como princípio a observância ao direito das usuárias, a integralidade e a promoção da saúde no desenvolvimento de ações amplas que ultrapassam o binômio materno-infantil, incorporam a perspectiva de gênero e problematiza as desigualdades sociais como determinantes no processo de produção de doença (CASTRO; SIMONETTI; ARAÚJO, 2015).

Desse modo, avoca a pretensão de ser um referencial conceitual e técnico e não uma diretriz uniforme, isso porque reconhece que o alcance dos objetivos traçados requer adequação aos aspectos bio-psico-sociais da comunidade local. Nesse contexto, a PNAISM deve ser operacionalizada de modo descentralizado, hierárquico e regionalizado (BRASIL, 2004).

A Atenção à Saúde da Mulher no Brasil remonta à década de 30, momento no qual as atividades eram elaboradas a nível central e estavam focadas na assistência ao ciclo gravídico-puerperal e na atenção ao recém-nascido, como resultado têm-se ações fragmentadas, verticalizadas e de baixo impacto nos indicadores.

A transformação desse cenário perpassa as reivindicações sociais e dos movimentos feministas que requeriam a inserção de questões como: desigualdades nas relações, sexualidade, métodos contraceptivos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e violência doméstica ao escopo das políticas públicas.

Assim, em 1984, paralelo à discussão encabeçada pelo Movimento Sanitarista que discutia princípios basilares para a construção de

um sistema único de saúde, o Ministério da Saúde elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

Nesse íterim, há a publicação das Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) que fortaleceram a municipalização da gestão do SUS. Apesar disso, a maioria dos municípios apresentava dificuldade política, técnica e administrativa para implantar o Programa

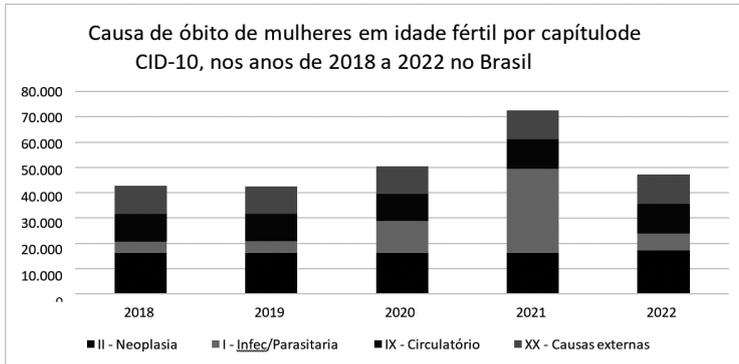
de Assistência à Saúde da Mulher. De acordo com Correa e Pio-la (2002), nesse período, trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, especialmente na redução da mortalidade materna-infantil, o que implicou no comprometimento da transversalidade de gênero e raça.

Em 2004 é publicada a PNAISM com vistas a estabelecer a saúde da mulher como política de Estado. Nesta é visibilizada a transversalidade do gênero, o recorte racial étnico excluído anteriormente, além de definido os recursos e as responsabilidades dos entes. Nessa perspectiva, é pertinente analisar os liames existentes entre gênero, renda, escolaridade e a dinâmica das ocupações.

Destarte, dados da Síntese de Indicadores Sociais (IBGE, 2022) revelam que o nível de ocupação das mulheres é inferior ao dos homens. Tal achado está relacionado aos desafios enfrentados pela população feminina por um emprego, o que se acentua com a inexistência de legislação e políticas de fomento à inserção da mulher no mercado de trabalho (INTERNATIONAL LABOUR ORGANISATION, 2017). Dentre as principais atividades desempenhadas pelas mulheres estão o serviço doméstico e a administração pública, educação, saúde e serviços sociais. Quanto ao nível de instrução, evidencia-se que a maior escolaridade das mulheres está associada a um índice maior de participação no mercado de trabalho, apesar disso, o rendimento médio do homem é de 25% superior ao das mulheres.

Por conseguinte, a construção de um plano de ação assertivo para o cuidado à figura feminina envolve a observância dos aspectos socioeconômicos, culturais e as estatísticas de morbimortalidade do grupo. Nesse sentido, notam-se as neoplasias como principal causa de óbito em

mulheres em idade fértil, o aumento considerável de óbito por doenças infecciosas e parasitárias, decorrentes da pandemia de COVID-19, seguido de doenças do aparelho circulatório, como o Acidente Vascular Cerebral (AVC) e o infarto do miocárdio; e óbitos por causas externas.



Fonte: Elaboração própria baseado nos dados do DATASUS/TABNET/Estatísticas Vitais/Mortalidade.

De acordo com Brasil (2004), os óbitos infantis se configuram como alarmantes pelo fato de a gravidez estar relacionada à vivência da sexualidade e não a uma patologia, sendo a maior parte das mortes materna evitáveis.

Ademais, é válido frisar a heterogeneidade dos territórios que compõem o Brasil, sendo por isso tão importante o processo de planejamento ascendente, hierarquizado e regionalizado.

É sabido que o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, tinha a proposta de descentralizar, hierarquizar e regionalizar os serviços voltados às mulheres, todavia somente na perspectiva da saúde reprodutiva.

Já com a promulgação da Constituição de 1988 e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o direito à saúde passa a ter novas nuances de aprimoramento e reestruturação.

E é a partir da pressão dos movimentos sociais (em especial com o movimento de mulheres), do estabelecimento de estudos na área e

da compreensão sobre a necessidade de se pensar a saúde da mulher de forma integral, que então no ano de 2004 foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Este ano foi designado pelo então presidente, Luiz Inácio Lula, o Ano da Mulher.

Assim, a PNAISM nasce para ser um instrumento de apoio aos estados e municípios na implementação de ações de saúde da mulher num viés de respeito aos seus direitos humanos e sua situação social e econômica.

Com isso, a PNAISM pode ser indicada como de fato um aprimoramento da PAISM, pois expandiu as ações nos planos, passando a considerar grupos que eram excluídos das políticas públicas em suas especificidades, como mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas (BRASIL, 2004).

A política abrangeu todas as mulheres em todos os períodos do ciclo de vida, resguardando as especificidades das diferentes faixas etárias e dos diferentes grupos. No que diz respeito, à atenção integral, a mesma é entendida como o conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde.

E essa é uma grande contribuição da política ao incluir setores femininos fundamentais (indígenas, negras, rurais, presidiárias, lésbicas), ao observar o aspecto geracional (mulheres adolescentes e na terceira idade) e ao avançar na perspectiva de abordagem de gênero. Também se observa a contribuição em incluir homens e adolescentes nas ações do planejamento familiar, e a considerar a saúde mental das mulheres.

Deste feito, a PNAISM traz como contribuição o compromisso com a implementação de ações de saúde pública que cooperem para a garantia dos direitos humanos das mulheres e que reduzam a morbimortalidade por causas que são preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2004).

A fala de Ana Maria Costa (médica, pesquisadora da Abrasco e ex- presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde) traduz a importância da PNAISM:

É a primeira vez que nós falamos de integralidade. Somos nós mulheres que dizemos 'não queremos ser atendidas de forma fragmentada'. Queremos ser atendidas como sujeitos comple-

xos, que reproduzimos, trabalhamos, sofremos doença crônicas, temos questões de saúde mental. Somos muito mais do que parir. Somos violentadas, assassinadas. Somos lésbicas, hétero. Somos múltiplas e complexas (COFEN, 2020).

### **Os objetivos gerais da política são:**

Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção e assistência e recuperação da saúde em todo o território brasileiro.

Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.

Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.

### **Já os objetivos específicos são:**

- Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras de infecção pelo HIV e outras DST.
- Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento reprodutivo para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde.
- Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes.
- Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.
- Promover, conjuntamente com o Departamento Nacional de DST/Aids, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/Aids na população feminina.
- Fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher;
- Ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico-ginecológica na rede SUS.

- Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina.
- Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero.
- Implantar e implementar a atenção à saúde da mulheres no climatério.
- Promover a atenção à saúde das mulheres idosas.
- Promover a atenção à saúde das mulheres negras.
- Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade.
- Promover a atenção à saúde das mulheres indígenas.
- Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão.
- Fortalecer a participação e o controle sociais na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres.

## ACHADOS E ANÁLISE CRÍTICA

A saúde da mulher foi integrada na política nacional de saúde durante primeiras décadas do século XX. Os programas materno-infantis criados nas décadas de 30, 50 e 70 refletem uma perspectiva limitada sobre as mulheres. As metas são definidas centralmente, sem avaliar as necessidades de saúde da população local, sendo limitadas às demandas relativas à gravidez e ao parto.

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pelas mulheres, que organizadas argumentam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduzem também em problemas de saúde que afetam particularmente a população feminina.

As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas pelas lutas das mulheres em diferentes espaços e campos, desde a reivindicação de direitos trabalhistas, do direito ao livre exercício da sexualidade até a produção de conhecimento sobre o conceito de gênero.

O ano de 1975 foi definido como o “Ano das mulheres” pelas Nações Unidas. No Brasil, esses movimentos e acontecimentos tiveram

repercussões entre as décadas de 1970 e 1990, que se refletiram nas diferentes formas de ativismo feminino e levaram a mudanças nas leis e políticas públicas.

A década de 1980 foi um período em que o movimento feminista ganhou ímpeto, desenvolvendo políticas para a saúde da mulher e propondo a institucionalização de programas de saúde. Em abril de 1983, o Ministério da saúde criou uma comissão para elaborar um documento que fundamentasse a ação programática, que se tornou o PAISM, e que contou com contribuições de profissionais de saúde, gestores e feministas. Rompe com o vocábulo materno-infantil, inserindo o princípio da integralidade nos cuidados de saúde da mulher.

Em 1984, o Ministério da saúde publicou o documento consolidando os fundamentos do PAISM. Para concretizar o programa e orientar as propostas, mais de 70 grupos de mulheres de 19 estados brasileiros, reuniram-se no 1º encontro sobre Saúde da Mulher e construíram a ‘Carta de Itapeperica’, que continha os conceitos de integralidade, equidade e participação social que, em 1988, viriam a se tornar bases constitucionais do SUS.

O início da década de 1990 foi marcada como a década das conferências mundiais, que incluíram nas suas agendas a temática da luta das mulheres: Em 1992, a Conferência Rio-92 sobre o meio ambiente debateu o eco feminismo, em 1993 a Conferência Mundial sobre Direitos Humanos, em Viena, reconheceu os direitos das mulheres como direitos humanos, em 1994 a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento da ONU, no Cairo, debateu direitos sexuais, direitos reprodutivos e enfrentamento à violência de gênero, em 1995 a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Beijing/China, marcou a importância da participação feminina em todos os espaços de poder, o papel do Estado e das políticas públicas para as mulheres, reafirmando a luta pela igualdade de gênero. Em paralelo a este período, gestores que não dialogavam com o movimento de mulheres no Brasil, passaram pela coordenação de saúde da mulher. as feministas permaneceram afastadas deste espaço de participação durante dez anos.

Em 2004 e 2007, foram realizadas a I e II Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM). Em ambos os eventos, o capítu-

lo sobre saúde da mulher expressava as ações e estratégias estabelecidas pelo movimento feminista.

A partir da pressão desses movimentos, aprofundamento de estudos na área e o entendimento da necessidade de tratar a saúde da mulher de forma integral, foi criada, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Em 2006, o PNAISM foi delineado e aprovado.

Em 2011, foi instituída a Rede Cegonha como uma estratégia inovadora do Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria nº 1.459. a Rede Cegonha organiza-se de modo a assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade, por meio de um modelo de atenção voltado ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e sistema logístico, que inclui transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011a).

Apesar dos avanços formais observados nos últimos tempos, há ainda uma profunda desigualdade que interfere nos cuidados de saúde das mulheres.

É importante ressaltar que as mulheres são um grupo heterogêneo, portanto, a consideração de fatores como classe, raça, idade, sexualidade, deficiência, território, entre outros, que impactam de diferentes formas o acesso à saúde, faz-se essencial para esta análise. Reconhecer a desigualdade de gênero, de classe e de raça/etnia como determinantes sociais de adoecimento permitiu pensar as políticas públicas de saúde na dimensão da saúde coletiva, da promoção, da qualidade de vida.

O gênero é reconhecido como um dos determinantes mais relevantes das desigualdades em saúde e influencia de forma significativa nos processos de saúde e doença das mulheres. O gênero é uma construção social, dinâmica, relacional, que depende de fatores históricos e culturais. Incluir a análise do perfil epidemiológico das mulheres brasileiras e fazer uma leitura de gênero sobre os dados, observando fatores e causas de adoecimento que ultrapassam a visão biológica foi um grande avanço para tratar os agravos à saúde das mulheres.

O fato de as políticas estarem voltadas para as mulheres não significa necessariamente que incorporem a abordagem de gênero, assim como a integralidade da atenção não se reduz à articulação entre ações

de prevenção e assistência ou somente como inclusão de equipes multiprofissionais na gestão e na atenção à saúde.

Nesse contexto, cabe também ressaltar que a análise e as perspectivas de implementação do PNAISM não podem dissociar-se das avaliações sobre os limites e possibilidades da implantação de um sistema único e universal no Brasil. A preservação da segmentação do sistema de saúde brasileiro e as restrições à plena implementação do SUS alteraram os rumos da efetivação da integralidade da atenção à saúde da mulher. Na prática, a fragmentação das ações e a lógica do atendimento as demandas específicas como, por exemplo, o planejamento familiar, sobrepujaram as tentativas de mudança nos modelos assistenciais.

Embora tenha se registrado redução da mortalidade geral feminina desde os anos 2000, os indicadores ainda são elevados no Brasil, permanecendo o desafio de oferecer melhores serviços de saúde primária e especializada. A redução demonstra que o país tem qualificado a assistência à saúde da mulher, mas também demonstra a necessidade de se continuar priorizando as causas dos óbitos das mulheres, seja através de ações preventivas seja pela criação de novas políticas voltadas àquelas que vivem em situação de vulnerabilidade (COSTA *et al* 2007).

Entre as mulheres, ainda, as doenças respondem por mais de 90% das mortes, diferentemente dos homens, que são por causas externas. Diante disso, vê-se a necessidade de implementar medidas de prevenção primária e conscientização, bem como diagnóstico precoce e tratamento em tempo oportuno, sendo uma importante janela de oportunidade para que gestores e profissionais da saúde promovam a integralidade do cuidado. Além disso, deve-se despertar para o reconhecimento e prevalência dos fatores de risco clássicos, como hipertensão, dislipidemia, diabetes, tabagismo, obesidade e sedentarismo.

As principais causas de morte da população feminina são as doenças cardiovasculares. Apesar disso, as principais ações propostas para a saúde da mulher concentram-se ainda na saúde sexual e reprodutiva. Esse enfoque é considerado um limitante em relação a outras temáticas que fazem parte do cotidiano das mulheres e que não são abordadas com a mesma ênfase ou mesmo sob a perspectiva de gênero. Portanto, pode-se dizer que, ao longo de todo o período de criação e implementação da

PNAISM, houve avanços em relação às políticas públicas relacionadas à saúde da mulher, como também houve retrocessos significativos, que devem ser encarados como desafios para que se possa de fato executar os objetivos para que tal política foi criada.

A recente publicação do relatório parcial da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006 (BRASIL, 2008) traz evidências incontestáveis das melhorias conquistadas pelas mulheres brasileiras.

É importante salientar que a PNAISM abriu portas para que outros programas e planos fossem criados para que se pudesse aprimorar ainda mais a assistência à saúde da mulher no país.

A PNAISM busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivo e destaca a importância da humanização, da qualidade da assistência, com busca da satisfação das usuárias e do fortalecimento da autonomia da mulher através da identificação das demandas e promoção do autocuidado e do reconhecimento e respeito aos direitos humanos.

Introduz-se a responsabilidade compartilhada no âmbito das políticas, de modo que todos os órgãos da administração pública, sociedade civil e demais instituições devem estar articulados e em constante diálogo para efetivação das propostas de políticas de gênero e melhoria das condições de vida das mulheres.

Por ser uma política que depende do âmbito governamental para a realização efetiva de suas práticas em cada região do país, a PNAISM enfrenta ainda algumas dificuldades, tais como a superação das desigualdades em saúde, garantindo acesso a todos com equidade; aumento dos serviços de saúde para o atendimento de procedimento relacionados à violência sexual e ao aborto legal, independente de questões éticas ou religiosas; acesso universal aos serviços de saúde, considerando os grupos sociais e suas especificidades; humanização do parto; diminuição dos procedimentos desnecessários e as iatrogenias; diminuição e manutenção da queda da mortalidade materna para padrões aceitos internacionalmente; proporcionar autonomia econômica das mulheres, que impacta diretamente sobre sua saúde, já que isso influencia na sua autoestima e qualidade de vida, podendo ser um fator crucial para que

as mulheres saíam de condições de vulnerabilidade, dependência e até mesmo violência; revelar os problemas associados à sobrecarga de trabalho das mulheres que possuem dupla ou tripla jornada de trabalho, dentre outros.

Essa política significa mais um passo na perspectiva da abordagem de gênero e da integralidade, entretanto traz ainda algumas limitações, como a não abordagem de gênero relacional, ou seja, a inclusão dos homens e masculinidades, e como a relação entre os gêneros constrói vulnerabilidades diferenciadas para homens e mulheres.

Embora a PNAIS tenha potencial para ofertar um serviço em saúde de qualidade e com abordagem holística, alguns fatores como problemas estruturais e aspectos intrínsecos tanto dos profissionais responsáveis quanto da própria população interferem nessa oferta.

Os avanços e a importância que a PNAISM apresenta ao inserir setores femininos fundamentais – como as trabalhadoras rurais, as indígenas, as lésbicas, as mulheres em sistema prisional – são reconhecidos, entretanto, a grande maioria das ações e estratégias propostas para esses segmentos continuam relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. Isso vai de encontro ao princípio da integralidade da atenção à saúde da mulher, perdurando, portanto, o desafio de transformar as ações propostas na política em práticas de saúde no cotidiano dos serviços e dos processos de trabalho dos profissionais de saúde comprometidos com a produção de práticas humanizadas e de qualidade, contextualizados na realidade brasileira.

Apesar da criação de leis específicas para proteção da mulher é notada, ainda, ausência de diálogo acerca das desigualdades de gênero e escassa participação da mulher nos espaços políticos decisórios, o que ocasiona obstáculos, tanto durante o processo de formulação dessas políticas, como uma desconexão entre as propostas e a realidade vivenciada por essas mulheres.

Assim, pode-se afirmar que, mesmo após a implantação da PNAISM, tal política ainda está sendo implementada e será um processo continuada. Apesar dos visíveis progressos, os direitos humanos, sexuais e reprodutivos continuam a ser sistematicamente violados em todo o mundo, demonstrando que a mobilização continua sendo es-

sencial para resistir aos retrocessos na luta pela justiça para todos. Uma estratégia holística e multissetorial se faz necessária para fortalecer o sistema de saúde em vários setores e em vários níveis.

## CASO DE APLICAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

Nos momentos de crises sanitárias, tais como a pandemia de coronavírus (Covid-19), há o agravamento de desigualdades preestabelecidas em relação à renda, ao emprego, às condições de trabalho, tornando ainda mais urgente a atenção às especificidades de populações vulnerabilizadas, tais como as mulheres. O acesso à saúde também foi dificultado durante o contexto pandêmico em razão das próprias mudanças nas dinâmicas dos serviços de saúde, como também pela incerteza dessas mulheres quanto à segurança em buscar atendimento.

Recentemente foi publicada uma nova lei, a lei número 14.737, de 27 de novembro de 2023 que altera a lei número 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da saúde) para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados nos serviços de saúde públicos e privados, reforçando autonomia, dignidade e igualdade, cenário este que foi comprometido também durante a pandemia.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres (SNPM). Relatórios das Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres. [Brasília, DF]: Ministério da Mulher, 2019. [acesso em 2024 jan 19]. Disponível em: <https://pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/conferencias/conferencias>.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Relatórios do Conselho Nacional de Saúde. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 1987, 2004, 2008 e 2012. [acesso em 2024 jan 19]. Disponível em:.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de

atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres - SPM, Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM), 2016.

COFEN. Como o movimento de mulheres contribuiu para construção do SUS. 2020. Disponível em: . Acesso em: jan. 2024.

CORREA, S. O. , PIOLA, S. F. Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

COSTA, A. M. , BAHIA, L. , CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 31, n. 75/76177, p. 13-24, jan. 1dez. 2007.

COSTA, R. C, GONÇALVES, J. R. O direito à saúde, à efetividade do serviço e à qualidade no acesso às políticas públicas de atenção à saúde da mulher. Revista JRG de Estudos Acadêmicos -Ano II (2019), volume II, n. 4 (jan. /jun. ) -ISSN: 2595- 1661

IBGE, Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2022 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2022. 154 p. : il. - (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, ISSN 1516-3296 , n. 49)

OLIVEIRA, J. L. , GIL, F. R. , GUIMARÃES, M. S. A. , AMÂNCIO, N. F. G. Avanços e desafios das políticas públicas relacionadas à saúde da mulher no Brasil nos últimos 20 anos: uma revisão de literatura. Research, Society and Development, v. 12, n. 2, e2812239847, 2023 (CC BY 4. 0) | ISSN 2525-3409 | DOI:

SILVEIRA PS, PAIM JS, ADRIÃO KG. Os movimentos feministas e o processo da Reforma Sanitária no Brasil: 1975 a 1988. *Saúde debate*. 2019, 43(8):276-291.

SOUTO, K. , & MOREIRA, M. R. . (2021). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. *Saúde Em Debate*, 45(130), 832–846.

WORLD employment and social outlook: trends 2017. Geneva: International Labour Office - ILO, 2017. 56 p. Disponível em: [https://publ/documents/publication/wcms\\_541211.pdf](https://publ/documents/publication/wcms_541211.pdf). Acesso em: jan. 2024.

*Adriano Rodrigues de Souza; Andrea Cavalcante Macedo; Eric Victor Martins Pires; Francisco das Chagas Dourado de Barros; Maria Salete Bessa Jorge; Paulo Sávio Fonteneles Magalhães; Raimundo Anderson Silva de Oliveira; Thereza Maria Magalhães Moreira; Zózimo Luis de Medeiros Silva*

## INTRODUÇÃO

Atualmente a definição de Saúde Mental é bastante abrangente, segundo a própria OMS, perpassando diversos aspectos, determinantes e condicionantes do indivíduo com a comunidade a qual ele está inserido. Além disso, o entendimento acerca da Saúde Mental passou por diversas mudanças e entendimentos ao longo dos séculos, a partir da maneira pela qual o ser humano compreendia o ambiente a sua volta e como era a vida em comunidade que o indivíduo estava.

Em linhas gerais, entende-se que a Saúde Mental está relacionada com um indivíduo dentro de suas capacidades cognitivas, com inexistência de alguma condição patológica. Não somente isto, mas essa expressão também engloba uma condição de qualidade de vida, em que o sujeito é capaz de apreciar a vida e usufruir dela de maneira satisfatória e produtiva. Importante ressaltar também, uma característica inerente à condição humana, a resiliência, tendo em vista que as condições sociais e naturais ameaçam a estabilidade da vida humana, tornando-a lábil. A característica de ser resiliente está relacionada à Saúde Mental.

Em contrapartida, o conceito de loucura gera debates polêmicos entre os diversos estudiosos que buscam se debruçar sobre o assunto. Baseado no senso comum, a palavra loucura associa-se a qualquer ação fora do convencional, passível de sofrer discriminação sob a ótica social, no qual o comportamento do indivíduo considerado “louco” é entendido como um desvio da conduta esperada pela coletividade (MEDEIROS; PEREIRA, 2021).

Nesse sentido, percebe-se que a loucura se tornou um termo genérico, utilizado para designar quaisquer ações fora do âmbito das regras da normalidade. Porém, esse conceito foi se transformando ao decorrer do tempo, passando a associar-se intimamente com as doenças mentais e distúrbios de cunho psicológico. No que se refere ao campo da Psiquiatria, a loucura é caracterizada como uma doença de origem orgânica, em que o tratamento consistia em farmacoterapia, exclusão social e internação voluntária legalizada (COSTA JÚNIOR; MEDEIROS, 2007).

Ainda no sentido amplo do conceito, a loucura era vista socialmente como uma situação estigmatizante e incapacitante, no qual não havia a preocupação em compreender os fatores genéticos, ambientais e sociais envolvidos em sua causalidade. No contexto do século XIX no Brasil, já à época do Império, as pessoas portadoras de algum transtorno mental que fossem taxadas como “loucas” eram institucionalizadas em locais de caráter religioso e caritativo, tendo em vista que a privação de liberdade promovida era justificada pela manutenção da ordem pública (YASUI, 2010).

Baseado no contexto supracitado, surgiram os hospitais psiquiátricos com o intuito de excluir da sociedade os pacientes portadores de doenças mentais, justificados, de modo supérfluo e vago, pela diferenciação entre pessoas normais e “anormais”. Ou seja, a institucionalização involuntária não era amparada, obrigatoriamente, por um diagnóstico médico/psiquiátrico, tendo em vista que seu objetivo era promover a segregação e extirpação da loucura diante do coletivo (SANTOS; MIRANDA, 2015).

Para além da situação de internação involuntária, acrescenta-se ainda o fato de que o tratamento implementado tinha relação com ações disciplinadoras para os ditos “alienados”, o que possibilitou o crescimento demasiado de estruturas manicomiais. Sob essa perspectiva, observa-se que os pacientes internados eram segregados do espaço familiar e social de maneira arbitrária (GUIMARÃES, 2013). Assim, as instituições psiquiátricas utilizavam diferentes estratégias sob a justificativa de acabar com a desordem psíquica, tais como: internação prolongada, farmacoterapia, estímulos elétricos, procedimentos cirúrgicos e até vio-

lência, os quais configuravam, na maioria das vezes, violação dos direitos humanos (FREITAS, 2018).

As mudanças sociais e culturais da sociedade brasileira durante o fim do século XX fomentaram grandes reformas, tendo em vista o acontecimento de diversas manifestações em prol da garantia de direitos no âmbito da saúde coletiva, dentre eles a construção de novos paradigmas para a Saúde Mental.

A Reforma Psiquiátrica teve seu cerne em virtude do movimento sanitário ocorrido a partir da década de 1970, no qual buscava-se redirecionar o modelo assistencial em saúde mental, a fim de propor mudanças para o contexto da violência ocorrida no âmbito das instituições manicomiais, perpetuadoras da segregação e exclusão social de seus internos (PITTA, 2011).

A partir da criação do SUS em 1988, vários movimentos sociais ganharam espaço a partir de pautas que propunham a “*substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental*” (BRASIL, 2005). Nesse contexto, a Lei Paulo Delgado é sancionada no país (Lei 10.216/2001), reconfigurando a assistência em saúde mental ao priorizar a oferta de tratamento em serviços de base comunitária. Assim, se propunha a desinstitucionalização como ferramenta para a luta antimanicomial.

Em sua origem, o movimento antimanicomial surgiu intimamente ligado às repercussões da reforma sanitária brasileira, porém, também teve importante contribuição a experiência de desinstitucionalização ocorrida pioneiramente na Itália na década de 1960 sob forte influência do Psiquiatra Franco Basaglia (BRASIL, 2012).

Desse modo, a Reforma Psiquiátrica buscou a transição do modelo centrado no hospital psiquiátrico para uma rede integrada de forma planejada e progressiva, por meio da criação de serviços baseados na comunidade que fossem substitutivos aos serviços do âmbito hospitalar. Como exemplo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) fomentaram a prestação da assistência à saúde mental aos pacientes com transtornos mentais graves e persistentes (ALMEIDA, 2019).

A partir das mudanças supracitadas, o novo modelo de assistência à saúde mental preconiza maior investimento em equipes de saúde

comunitárias, bem como possibilidade de internação de casos agudizados junto aos hospitais gerais, em um contexto de articulação com a Atenção Primária e os serviços de reabilitação psicossocial. Ou seja, não se propõe mais o tratamento de caráter segregador, visando garantir o respeito aos Direitos Humanos (FIOCRUZ, 2015).

Hodiernamente, a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) propõe a discussão da seguinte temática: A Política de Saúde Mental como Direito: Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS. O eixo principal da discussão é *“Fortalecer e garantir Políticas Públicas: o SUS, o cuidado de saúde mental em liberdade e o respeito aos Direitos Humanos”*.

Reitera-se a constante necessidade de discutir políticas públicas e estratégias que visem garantir como

responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

Os eixos trabalhados são divididos em quatro, a saber:

1. Cuidado em Liberdade como Garantia de Direito à Cidadania;
2. Gestão, financiamento, formação e participação social na garantia de serviços de saúde mental;
3. Política de saúde mental e os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade;
4. Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós-pandemia.

O surgimento da instituição psiquiátrica e o nascimento da psiquiatria.

Partimos do pressuposto do estudo do modelo psiquiátrico clássico, enquanto saber e prática, é abordado na obra de diversos autores.

Dentre eles, destaca-se Michel Foucault, com sua *História da Loucura na Idade Clássica*, que representa um verdadeiro marco, uma reviravolta nas histórias, tanto da psiquiatria quanto da loucura.

Não resta dúvida, que a história da loucura uma obra fundamental para o estudo do nascimento da psiquiatria e das práticas médicas de intervenção sobre a loucura. Outra obra a ser destacada é *Manicômio, Prisões e Conventos*, de Goffman (1974), que descreve a estrutura, a natureza e a microssociologia das instituições psiquiátricas, definidas no bojo do que o autor denomina de “instituições totais”.

Foucault em sua obra destaca a historizar criticamente as condições que possibilitam a constituição de saber sobre a loucura, sua submissão á razão através da conjunção entre a prática social de internamento, a figura visível do louco e o discurso produzido a partir da percepção, tomada interpretação. A representação da loucura na Idade Clássica advém, como existência nômade, através da “*Nau dos Loucos ou dos Insensatos*” (FOUCAULT, 1978).

Para o mesmo autor, o objeto de estudo da *História da Loucura* é precisamente a rede de relações entre práticas, saberes e discursos que vem fundar a psiquiatria.

A resenha crítica aborda a temática saúde mental no contexto histórico, conceitual e atualidades no decorrer da sua história. O marco histórico possui diversas interpretações da loucura que são levadas adiante nas distintas épocas de acordo com os diferentes modelos de saúde vigentes naquele momento, tanto no que se refere a sua descrição e aplicação como a seu tratamento.

Para a maior parte das doenças, sempre foi difícil estabelecer relações de causa e efeito; é um tipo de raciocínio que depende do grau de desenvolvimento da ciência e da tecnologia (SCILIAR, 2002).

Os povos primitivos, por não terem esse recurso, explicavam as doenças de forma irracional, de acordo com suas crenças. Segundo Cataldo, Annes e Becker (2003), a história das profissões relacionadas à saúde mental começa com a tentativa do homem primitivo de aliviar o sofrimento do outro.

A história do profissional da saúde mental começa, assim, com a do primeiro curador profissional, o médico-feiticeiro.

Nas sociedades simples, o homem com poderes misteriosos, como prever vitória na guerra, fazer plantações crescerem, provocar chuva ou sol, tinha também a função de curar doentes mentais. Dessa forma, o psicólogo, o psiquiatra e outros profissionais que se envolvem no cuidado dos pacientes com transtornos mentais, tais como terapias ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros que trabalhem com pacientes psiquiátricos e outros, são, nas sociedades complexas, substitutos dos xamãs.

Os indivíduos que viviam (ou vivem) em sociedades simples visualizavam a doença mental como uma possessão demoníaca ou a manifestação do descontentamento dos deuses, em que os doentes eram vítimas do castigo divino. Os tratamentos provinham da magia, da invocação dos poderes celestiais e do exorcismo de demônios, utilizando-se de castigos físicos e outras punições. Entretanto, nesse mesmo período, já surgiram práticas terapêuticas que podemos considerar modernas, como audição de música suave, atividades recreativas e passeios (CATTALDO; ANNES; BECKER, 2003).

Essa época caracterizou-se pelo domínio do pensamento mágico, no qual toda enfermidade era explicada por crenças imaginárias e culto ao sobrenatural. Pode-se dizer que a relação da sociedade com o doente era ambígua, pois, se de um lado havia um sentimento de respeito com o enfermo, intitulado-o como mensageiro de Deus, de outro, prevalecia certo temor e o pensamento de que podia ser portador de um espírito malévolos. Poucas são as civilizações antigas que sobrepujaram em importância o Egito para o mundo moderno. O estímulo para numerosas conquistas intelectuais e morais da atualidade veio dos antigos egípcios. A fisiologia, a aritmética, a geometria, a astronomia, a escrita e a literatura tiveram seu marco inicial nessa época (LIMA; SMITHFIELD, 1986).

Hipócrates (460-380 a.C.), dotado de grande capacidade de observação, já ligava quadros mentais a estados infecciosos, hemorragias e parto. Foi o primeiro a tentar libertar a medicina dos ritos mágicos.

Para Hipócrates, o cérebro era a sede dos sentimentos e das ideias. Foi o pioneiro na classificação das doenças mentais: o Corpus

Hipocrático inclui descrições de moléstias identificáveis, como melancolia, psicose, depressão pós-parto, fobias, delírio tóxico, demência senil e histeria (CATALDO; ANNES; BECKER, 2003). A partir do século XVI, foi restabelecido o caráter científico da psiquiatria, no qual os médicos e outros profissionais de saúde retomaram as observações clínicas minuciosas sobre o comportamento e as verbalizações dos doentes mentais.

A psiquiatria como especialidade médica nasceu precisamente nessa época (segunda metade do século XVIII). Produziu-se um importante movimento de reforma assistencial que, iniciado na Inglaterra, se estendeu, em poucos anos, por toda a Europa. O responsável por essas mudanças foi o aparecimento da ideologia humanista e filantrópica, muito interessada na reforma da sociedade e das condições de vida do homem nela (LYONS; PETRUCCELLI, 1994).

A psiquiatria moderna foi impulsionada por ideias advindas do movimento romântico, que despertaram interesse pelo inconsciente. Charcot (1825-1893) descreveu sintomas histéricos e reconhecia que um trauma, em geral de natureza sexual, estava relacionado a ideias e sentimentos que se tornariam inconscientes. Ele acreditava na cura pela hipnose, em que era possível reproduzir os sintomas neuróticos e obter alívio dos sintomas (CATALDO; ANNES; BECKER, 2003).

## ACAHDOS E ANÁLISE CRÍTICA

A história da atenção à saúde mental no Brasil é marcada pela perspectiva asilar. É notável o fato de que, no período da ditadura militar, ocorre uma enorme expansão do número de leitos psiquiátricos contratados com hospitais privados, a ponto de, em 1978, cerca de 90% do orçamento do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ser destinado a essa contratação (CESARINO, 1989).

Nos primeiros anos da década de 1980, no período da cogestão Ministério da Saúde e Ministério da Previdência e Assistência Social, o “Plano do CONASP” procurou estimular a descentralização da assistência à saúde em geral, por meio das Ações Integradas de Saúde (MENDES, 1994).

No campo da saúde mental, em particular, colocou-se a meta de reduzir em 30% as internações psiquiátricas, limitar o tempo médio de internação de 90 para 30 dias e expandir em 50% as consultas ambulatoriais, o que ocorreu de forma localizada e, ainda assim, com reação do setor privado (AMARANTE, 1995).

Estudos apontam que, no Brasil, o movimento de redemocratização pós-ditadura foi altamente favorável para que um conjunto de transformações importantes na atenção à saúde mental (teórico-assistenciais, técnico-assistenciais, jurídico-políticas e socioculturais) fosse estabelecido e incorporado às políticas de estado. Essas transformações vieram a ser historicizadas como o Movimento Brasileiro da Reforma Psiquiátrica.

No final da década de 1970, a partir do amplo movimento popular que questionou o cerceamento das liberdades democráticas na ditadura, foram dela agradas denúncias de maus-tratos (encarceramento, contenção física prolongada, uso de “camisa de força química” etc.) de pessoas em condição de sofrimento psíquico “tratadas” em hospitais psiquiátricos.

Articulados em torno da organização do Movimento de Trabalhadores em Saúde em Mental (MTSM), também foram denunciados corrupção, fraudes, negligência, ausência de recursos e “psiquiatrização” do social no âmbito do subsetor da saúde mental (AMARANTE, 1997).

O Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), cujo marco organizativo é o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru (SP) em 1987, organizou-se a partir do MTSM agregando profissionais, estudantes, técnicos, portadores de transtornos mentais e seus familiares em torno das lutas políticas por condições dignas de trabalho e pelo direito de atenção psicossocial, sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

O MNLA passou a reivindicar que denunciar um manicômio não consiste em tornar pública sua ineficácia em relação aos cuidados com o portador de transtornos mentais tão somente no plano técnico, assistencial. A superação da mentalidade manicomial implica defender tanto a desospitalização da clientela quanto um processo de desinstitucionalização.

O desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família nos últimos anos e dos novos serviços substitutivos em saúde mental – especialmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – marcam um progresso indiscutível da política do SUS.

Esse avanço na resolução dos problemas de saúde da população por meio da vinculação com equipes e do aumento de resolutividade propiciado pelos serviços substitutivos em crescente expansão não significa, contudo, que tenhamos chegado a uma situação ideal, do ponto de vista da melhoria da atenção.

Os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras têm se dedicado com afinco à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves, às crises etc. Uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto do trabalho de ambulatórios e da Atenção Básica (AB) em qualquer uma de suas formas.

Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja etc.) daqueles usuários que os frequentam.

Devem ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos esses recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A reinserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade. Os CAPS, dentro da atual política de saúde mental do MS, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção nessa área.

A realidade das equipes de Atenção Básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas desse tipo: 56% das equipes de saúde da família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”. Por sua proximidade a famílias e comunidades, essas equipes são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e de diversas formas de sofrimento psíquico.

Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica. Contudo, nem sempre a Atenção Básica apresenta condições para dar conta dessa importante tarefa.

Às vezes, a falta de recursos de pessoal e de capacitação acaba por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes.

Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos da Reforma Psiquiátrica. Podemos sintetizar como os princípios fundamentais dessa articulação entre saúde mental e Atenção Básica: Noção de território; Organização da atenção à saúde mental em rede; Intersetorialidade.; Reabilitação psicossocial; Multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; Desinstitucionalização; Promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares.

Apoio matricial da saúde mental às equipes da Atenção Básica  
O apoio matricial constitui um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população.

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe.

Responsabilidades compartilhadas entre as equipes matriciais de saúde mental e da Atenção Básica  
As equipes de saúde mental de apoio à Atenção Básica incorporam ações de supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico, além de participar das iniciativas de capacitação.

Além disso, as seguintes ações devem ser compartilhadas: Desenvolver ações conjuntas, priorizando: casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídios, vítimas de violência doméstica intradomiciliar; Discutir casos identificados pelas equipes da Atenção Básica que necessitem de uma ampliação da clínica em relação às questões subjetivas; Criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados a violência, abuso de álcool e outras drogas, estratégias de redução de danos etc. nos grupos de riscos e nas populações em geral; Evitar práticas que levem à psiquiatrização e à medicalização de situações individuais

e sociais, comuns à vida cotidiana; Fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação com a loucura; Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda etc.); e outras.

Outra vertente importante é a saúde pública brasileira que não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas.

Produziu-se historicamente uma importante lacuna na política de pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições de justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência e associações religiosas.

A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado e possibilitou a disseminação em todo o país de “alternativas de atenção” de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente medicamentosa, disciplinar ou, ainda, de cunho religioso, tendo a abstinência como objetivo quase exclusivo a ser alcançado.

Frequentemente, tais modelos de cuidado acabavam por reforçar o isolamento social e o uso de álcool e outras drogas. A necessidade de definição de estratégias específicas para a construção de uma rede pública de tratamento aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase também na reinserção social, levou o Ministério da Saúde a instituir, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, já no ano de 2002.

A construção da política de álcool e outras drogas. É a partir de 2003, no entanto, que se inicia uma discussão mais sistemática do tema no campo da saúde pública e entre outros setores.

Naquele ano, o SUS tomou definitivamente para si a responsabilidade pela atenção e pela prevenção de danos associados ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas, tendo o Ministério da Saúde construído e sustentado seu papel de condutor da política de tratamento, articulando-se intersetorialmente com outros ministérios.

Em 2003, tivemos dois resultados importantes desse esforço de interlocução interministerial e interministerial. O Grupo de Trabalho em Álcool e Outras Drogas (GAOD) foi criado no sentido de discutir a política de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde.

Tendo os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSAd) como a principal estratégia de tratamento para o consumo de álcool e outras drogas e utilizando as estratégias de redução de danos como ferramentas também nas ações de prevenção e promoção da saúde, esse documento é a diretriz oficial do Ministério da Saúde sobre a temática.

Os CAPSAd passaram então a ser implantados sobretudo em grandes regiões metropolitanas e em regiões ou municípios de fronteira com indicadores epidemiológicos relevantes.

É incentivada a articulação com as redes de suporte social (tais como grupos de ajuda mútua e entidades filantrópicas); do mesmo modo, passou a ser fomentada a implementação nos hospitais gerais, e em sua estrutura de atendimento hospitalar de urgência e emergência, da rede hospitalar de retaguarda aos usuários de álcool e de outras drogas.

Política sobre o álcool Um dos mais importantes resultados da articulação de diferentes órgãos de Governo Federal deu-se a partir de maio de 2003, quando o presidente Lula, por meio de decreto, instituiu o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para elaborar propostas para ações relacionadas às bebidas alcoólicas.

Por fim é importante lembrar que uma legislação de 1996, Lei nº 9.294, consagra o tratamento diferenciado às bebidas destiladas (com publicidade restrita) e às fermentadas – cervejas e vinhos (com publicidade quase sem restrição). Uma linha estratégica adotada foi divulgar experiências e intervenções nacionais e internacionais baseadas nas estratégias de redução de danos para auxiliar na formulação de políticas públicas identificadas com o pragmatismo e eficiência.

A atenção à Saúde Mental no Brasil até a década de 1990 era caracterizada pelo modelo asilar e pela lógica hospitalocêntrica. As pessoas com transtornos mentais eram internadas em Hospitais Psiquiátricos e submetidas a situações de violências e maus-tratos.

No final da década de 70, sendo inspirado no movimento italiano que estabeleceu a abolição dos hospitais psiquiátricos naquele país, surgiu no Brasil o Movimento dos trabalhadores em saúde mental (MTSM), formado por associações de familiares com longo histórico de internações psiquiátricas, profissionais de saúde, sanitaristas e sindicalistas. A partir desse movimento começaram as denúncias sobre a violência nos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada de assistência e do modelo hospitalocêntrico.

Em 1987 surgiu no Brasil, o primeiro CAPS, na cidade de São Paulo. Demonstrando a possibilidade de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste mesmo período, em Santos, são implantados os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que funcionam 24 horas, cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. Santos passa a ser um exemplo, evidenciando que a Reforma Psiquiátrica brasileira era possível.

Logo em seguida, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), em 1989, vem propor ao Congresso Nacional a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais, além da extinção progressiva dos manicômios no país.

Mas somente em 2001 que foi sancionada a Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica (lei n. 10216), que dispõe sobre a proteção e os direitos de pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O objetivo era a substituição do modelo asilar por uma rede de cuidados de base territorial e comunitária. Com ações terapêuticas que visem a uma atenção integral, voltado para a reinserção familiar, social e cultural. Juntamente com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica começa a ganhar mais força e visibilidade, consolidando uma nova Política Nacional de Saúde Mental.

A III Conferência Nacional de Saúde Mental contou nas etapas municipal e estadual com aproximadamente 23.000 pessoas, entre usuários dos serviços de saúde e de seus familiares. A etapa nacional apresentou 1.480 delegados, entre representantes de usuários, familiares, movimentos sociais e profissionais de saúde, sendo realizada em dezembro de 2001, logo após a promulgação da lei 10.216.

Através de um relatório final que fornece os substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental no Brasil, são pactuados os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil. A III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, define aos CAPS o processo de mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Outro importante marco nessa trajetória foi o investimento em CAPSi( Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenis), em 2002, que oferece cuidados em saúde mental às crianças e adolescentes.

Também é diretriz da política que internação de usuários de álcool e outras drogas seja de curta duração e deva ser priorizada em leitos de atenção integral em hospitais gerais, com acompanhamento na rede de serviços extra-hospitalares, sobretudo nos CAPS.

O Ministério da Saúde inicia financiamento para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e surgem novas formas de fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. O Programa PVC (“De Volta para Casa”), lei n.10708/2003, através do SRT(Serviço Residencial Terapêutico)-instituído pela portaria n.106/2000, impulsionou o processo de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internações. E a estratégia de redução de danos é incorporada a política para a questão do álcool e outra drogas.

Este período caracteriza-se por ações dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos sociais, objetivando a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado no hospital psiquiátrico e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes. Trata-se de mudança na forma e concepção de como deve se dar o cuidado, mais próximo da rede familiar, social e cultural do paciente. Os saberes e práticas devem se articular à construção de um processo de valorização da subjetividade, em que os serviços de saúde possam se tornar mais acolhedores e criadores de vínculos.

Com a proposta de ampliar e qualificar as ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi criado em 2008, os Núcleos de Apoio

à Saúde da Família (NASF). Profissionais de diferentes áreas atuam juntamente com profissionais das equipes de saúde da família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios, tendo como uma das áreas de atuação a Saúde Mental, dentre um total de 09 áreas de atuação.

Em 2011, diretrizes e recomendações foram consensuadas através da portaria n.3088/11 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que busca criar, ampliar e articular serviços e ações para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

A RAPS considera que os serviços devem estar conectados para garantir a integralidade e resolutividade das ações em saúde mental. Ou seja, a Atenção Primária à Saúde, o CAPS, o SAMU, as UPAS, os serviços de urgência e emergência, os hospitais de referência, etc.

Outros espaços foram surgindo através da RAPS, dentre eles, as Unidades de Acolhimento que prestam atenção residencial em caráter provisório para pessoas em situação de vulnerabilidade social associada ao uso de álcool, crack e outras drogas ilícitas; Centros de Convivência e cultura: Consultórios na rua; Enfermarias Especializadas em hospitais gerais: iniciativas de geração de trabalho e renda; cooperativas sociais.

A redemocratização e o processo da Reforma Psiquiátrica, apesar da crise financeira e restrição orçamentária, permitiram a criação de redes assistenciais com significativa expansão de serviços comunitários. Houve uma efetiva inversão do gasto em saúde mental, com os serviços comunitários recebendo mais recursos do que os hospitais psiquiátricos desde 2006. Os serviços comunitários brasileiros são, quase em sua maioria, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas modalidades I, II ou III (com leitos-noite). Houve fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, apesar de ainda existirem hospitais com práticas duvidosas e suspeitas de maus-tratos a pacientes. Porém, após 2011, houve uma paralisação na expansão de serviços comunitários. Estes, têm mostrado, como todos os equipamentos do SUS, uma importante fragilidade e financiamento inadequado. Alguns problemas apontados em estudos, ressaltam a burocratização, excesso de tutela e falta de acolhimento a fa-

miliares. Outros estudos mostram uma rede de serviços bem articulada, oferecendo uma consistência de suporte e com a vinculação dos usuários aos serviços comunitários, contribuindo para a redução do número de internações.

Em 2017, alterando as estratégias de desinstitucionalização, foram publicadas portarias criando Unidades Ambulatoriais Especializadas e permitindo serviços de internação para crianças e adolescentes, incluindo o hospital psiquiátrico como ponto de atenção da RAPS, e não como uma estratégia de desinstitucionalização. Entre outras questões, houve também o corte de financiamento federal dos NASF. De acordo com a Resolução n 32/2017 os componentes da RAPS passam a ser: Atenção Básica, Consultório na Rua, Centros de Convivência, Unidades de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) I e II, Hospital Dia, Unidades de Referência Especializadas em Hospitais Gerais, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) nas suas diversas modalidades, Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental e Hospitais Psiquiátricos Especializados.

A Comissão de Direitos Humanos e Minorias da Câmara dos Deputados, em julho de 2021, realizou uma audiência pública para discutir sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde Mental no Brasil. Os principais assuntos abordados foram: Carência de informações após 2015, pois o ministério interrompeu a publicação regular de informações, através do relatório “Saúde Mental em Dados” e revogação da resolução n.3/2020, que prevê a internação de adolescentes em comunidades terapêuticas e a construção de espaços para a garantia e manutenção de direitos no âmbito da Saúde Mental.

Dados relativos à saúde mental expressam amplitude substancial acerca de organizações de serviços em saúde, onde os elementos estejam adequados na admissão de pessoas que necessitam de amparo. Segundo a OMS, no mundo aproximadamente uma em cada oito pessoas possui transtorno mental (WHO, 2022).

A população mundial no século XXI supera a marca de oito bilhões de habitantes. O Brasil faz parte do grupo dos sete países mais povoados do planeta, acompanhado dos países: China, Índia, EUA, In-

donésia, Paquistão e Nigéria, somando mais de 50% de indivíduos, no qual a demanda suceda cuidados acentuados (Bhugra, 2023).

Aspectos de proteção e riscos são capazes de guiar indivíduos a transtorno de saúde mental. Exemplos de fatores de proteção temos: Dispor de boa saúde física, haver redes sociais positivas, segurança econômica, ambiente natural de qualidade e equidade. Com relação a amostras de riscos à saúde mental, descreve que a baixa escolaridade, uso de álcool e drogas, abuso sexual e violência, perda de emprego e desemprego, crise climática, desigualdade sociais, pouco acesso a serviços, dentre outros riscos, podem determinar a saúde mental (WHO, 2022).

A prevalência a transtorno de saúde mental é considerada elevada. Segundo a OMS, em 2019, 970 milhões de pessoas viviam com transtorno mental, desses 31% sofriam de transtorno de ansiedade, 28,9% padeciam de transtorno depressivo, 11,1% sentiam transtorno do desenvolvimento (idiopático), (WHO, 2022).

O Brasil, conta com a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, que promove o cuidado de forma integral, levando em conta o território. Oficialmente a RAPS conta com variados tipos de equipamentos, como: Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Serviço Residencial Terapêutico - SRT, Unidades de Acolhimento Adulto e Infantil - AA e UAI, Equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental, Componente hospitalar - Unidade de referência especializada em hospital geral em leitos de saúde mental, Leitos de hospital psiquiátrico especializado, Leitos de saúde mental em hospital dia, além do Programa de Volta para Casa – PVC (Brasil, 2022)

Nota-se que transcorreu nos últimos treze anos uma ampliação em números de equipamentos para o tratamento do transtorno mental, especialmente os CAPS habilitados, que até junho do ano de 2022, dispunha de 2.836, ou seja, um reforço de 93,06% considerando o ano de 2010, que contava com apenas 1.469 equipamentos para todo o país. Os CAPS AD e infanto juvenil portam destaque nesse comparativo (Brasil, 2022).

Segundo dados do Ministério da Saúde – MS, no Brasil no período dos anos de 2019 a novembro de 2022 decorreram 831.050 internações relacionados a transtorno de saúde mental, destaca-se a

região sudeste com 38,06% (316.321), seguido da região com 31,49% (261.736), conforme o Gráfico 01. Em relação às internações conforme a Classificação Internacional de Doenças – CID-10, verifica-se que a esquizofrenia destaca-se em relação aos demais tipos de transtornos mentais, conforme o Gráfico 02 (BRASIL, 2022).

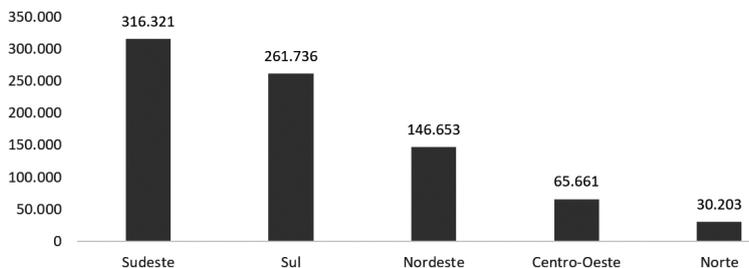


Gráfico 01 – Morbidade Hospitalar por Local de Internação, Brasil, 2019 a novembro de 2022.

Fonte: Ministério da Saúde

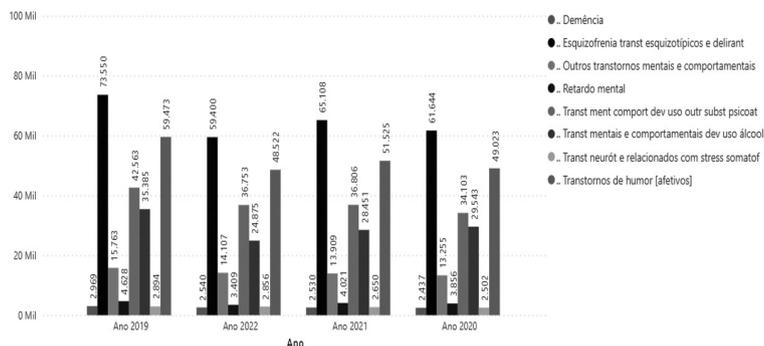


Gráfico 02 - Morbidade Hospitalar por Local de Internação, Brasil, CID-10, 2019 a novembro de 2022.

Fonte: Ministério da Saúde

O suicídio é um grande problema de saúde pública, segundo a OMS mais de 700.000 pessoas morrem por suicídio todos os anos. Outro dado relevante, para cada suicídio, há mais de vinte tentativas de suicídio (WHO, 2022).

O Brasil figura entre os países que possui elevado número de óbito por suicídio. Por meio de dados obtidos pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM, considerando o período dos anos de 2010 a 2020, decompondo por regiões do território brasileiro, observa-se que houve um acréscimo de 46,43% do número de óbitos relacionados ao suicídio, em 2010 conferia 9.448 óbitos no país, considerando, CID-10, por meio dos códigos X60-X69 (Autointoxicação intencional) e X70-X84 (Lesões autoprovocadas voluntariamente), conforme a Tabela 01 (PALMA, 2020; Brasil, 2023).

Tabela 01 – Distribuição de óbitos por suicídio, Brasil, período 2010-2020.

Período	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-Oeste	Brasil
Ano 2010	624	2.123	3.735	2.154	812	9.448
Ano 2011	692	2.297	3.900	2.156	807	9.852
Ano 2012	694	2.336	4.002	2.357	932	10.321
Ano 2013	759	2.494	3.959	2.365	956	10.533
Ano 2014	708	2.393	4.283	2.319	950	10.653
Ano 2015	881	2.540	4.323	2.494	940	11.178
Ano 2016	826	2.722	4.249	2.602	1.034	11.433
Ano 2017	896	2.981	4.635	2.862	1.121	12.495
Ano 2018	991	2.996	4.675	2.891	1.180	12.733
Ano 2019	1.058	3.082	4.930	3.167	1.283	13.520
Ano 2020	1.119	3.239	5.046	3.132	1.299	13.835
<b>Comparativo 2020/2010</b>	<b>79,3%</b>	<b>52,6%</b>	<b>35,1%</b>	<b>45,4%</b>	<b>60,0%</b>	<b>46,4%</b>

Fonte: Ministério da Saúde

A respeito da pandemia de COVID-19, muitas mudanças ocorreram no planeta, na saúde mental existem poucos estudos que comprovem quais os impactos negativos sucederam. O que constata que houve um pequeno aumento nos problemas de saúde relatados (PEN-NINX,2022).

A indicativos que o país sofre um problema grave de saúde pública no Brasil, devido a impactos da pandemia. Fatores como: sentimento de medo, falta de socialização e a situação econômica que gerava desemprego, podem intensificar os problemas de transtornos mentais (COFEN, 2023).

A pandemias da COVID-19, sobrecarregou profissionais da linha de frente no combate ao agravo. Foram relatados ansiedade, depressão, distúrbio do sono e Burnout, além do aumento nos níveis de estresse (DANET, 2020).

Chegamos enfim, ao início da terceira década do século XXI, o que nos leva a uma reflexão sobre a importância da saúde mental para cada indivíduo, tendo em vista todos os aspectos da vida que ela perpassa seja ele pessoal, profissional, social ou familiar. Trás a tona reflexões sobre que Política de Saúde Mental queremos ter, e em que direção está caminhando? Sem esquecer os as muitas lutas e os avanços nas políticas públicas em saúde mental ate chegarmos onde estamos.

Abrimos a terceira década, no contexto de comemoração de 20 anos da Lei Nacional de Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001), uma mirada à trajetória de três décadas da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), com destaque ao movimento social vinculado à Luta Antimanicomial e implementação e desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (PNSMAD) no Sistema Único de Saúde (SUS), evidencia a complexidade da transformação proposta pelos princípios e diretrizes da superação do paradigma asilar, da construção de redes substitutivas, fundadas na defesa do cuidado em liberdade e de apoio nos territórios, da promoção de direitos humanos e da construção de novos lugares sociais para as pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental. (BRASIL, 2021).

Além disso, foi essa lei que, juntamente com o apoio político conquistado na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no mesmo ano, possibilitou a redução dos leitos, bem como muitas outras ações especificamente dirigidas à melhoria da atenção aos pacientes de longa permanência, como foi o caso do desenvolvimento de serviços residenciais. Os progressos verificados no proces-

so de desinstitucionalização foram muito significativos. Entre 2001 e 2014, verificou-se uma drástica redução do número de leitos em hospitais psiquiátricos: de 53.962 em 2001 para 25.988 em 2014 (ALMEIDA, 2019).

No decorrer desse processo, recursos financeiros significativos da rede hospitalar foram realocados para serviços comunitários: no período em questão, o orçamento para atendimento hospitalar psiquiátrico foi reduzido de 95% do total para menos de 30%, possibilitando assim o financiamento dos serviços substitutivos na comunidade, que se tornou quinze vezes maior do que no período anterior. Avanços substanciais também foram feitos em relação ao atendimento de crianças e adolescentes, na assistência a dependentes de álcool e substâncias, bem como na aprovação de uma agenda relacionada aos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. (ALMEIDA, 2019).

Durante esses anos algumas mudanças através de decretos e portarias levantaram questionamentos na comunidade que vivencia a saúde mental, sejam eles gestores, trabalhadores ou usuários.

Em outras palavras, ao nos orientarmos pelos parâmetros identificados como paradigmáticos na produção de atenção em saúde mental. Buscamos confrontar o conteúdo da “nova” política com os postulados da RPB e da atenção psicossocial. Essa abordagem é importante não apenas por conferir certo rigor ao emprego de termos como “retrocesso” e “contrarreforma”, mas também devido à estratégia discursiva empregada nos documentos analisados que, mesmo alterando substancialmente o conteúdo da PNSM, continuam a utilizar em seus enunciados a terminologia típica da atenção psicossocial, numa tentativa ideológica de escamotear seus pressupostos teóricos, seu posicionamento ético e sua intencionalidade política (NUNES *et al.*, 2019; PASSARINHO, 2020).

A Portaria nº 1.482 do MS (BRASIL, 2016), apesar de não ter sido incluída na nova política de saúde mental, iniciou a inédita admissão das comunidades terapêuticas (CTs) no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), facilitando o seu financiamento com recursos públicos. Em 2017, a Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) elaborou, em termos bastante vagos, novos

critérios de monitoramento, avaliação e regulação para a Raps (BRASIL, 2017a). Os hospitais psiquiátricos foram incluídos pela primeira vez na Raps, e a eles foi garantido um reajuste escalonado do valor das diárias de internações. O mesmo documento versa sobre o compromisso de “fortalecer a parceria e o apoio [...] em relação as Comunidades Terapêuticas” (BRASIL, 2017a, p. 239).

Em fevereiro de 2019 é publicada a Nota Técnica no 11/2019 (BRASIL, 2019), O documento versa sobre a importância de uma rede assistencial plural, curiosamente, é dito logo em seguida que não se considera mais nenhum serviço como substitutivo a outro, colocando estabelecimentos asilares e Caps no mesmo patamar dentro da Raps, insinuando que todos devem coexistir harmonicamente na perspectiva da complementariedade. Outro ponto polêmico é o incentivo à oferta da eletroconvulsoterapia (ECT), também chamado de eletrochoque, tratamento historicamente usado pelo modelo manicomial. (PASSARINHO, 2022)

## CASO DE APLICAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

A experiência do Brasil na implementação de uma política de saúde mental levou a uma profunda transformação do sistema nacional de saúde mental e a melhorias significativas na acessibilidade e qualidade dos cuidados dessa área.

Apesar de todos os progressos alcançados, subsistem ainda desafios importantes, e só poderão ser enfrentados se for possível definir uma política centrada nas necessidades prioritárias das populações, baseada no conhecimento científico mais atualizado e alinhada com os instrumentos internacionais de direitos humanos. É necessário, ao mesmo tempo, envolver na sua implementação todos os atores relevantes do campo da saúde mental. Nesse contexto, todos os esforços deverão ser empreendidos para a construção de um consenso alargado, que permita dar continuidade aos progressos já alcançados com base na lei de saúde mental do país e nas recomendações técnico-científicas das organizações internacionais competentes nessa matéria. (ALMEIDA, 2019).

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-4, jul-set. 1995.

\_\_\_\_\_. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: FLEURY, S. (org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos, 1997. P. 163-85

Bhugra D, Ventriglio A. Planeta superpovoado e saúde mental? *Jornal Internacional de Psiquiatria Social*. 2023,0(0). doi: 10.1177/00207640231151774

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 1.482, de 25 de outubro de 2016. Inclui na tabela de tipos de estabelecimentos de saúde do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde: CNES o tipo 83: polo de prevenção de doenças e agravos de promoção da saúde. *Diário Oficial*, Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n. 32, de 14 de dezembro de 2017. *Diário Oficial*, Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica n. 11/2019: esclarecimentos sobre as mudanças na política nacional de saúde mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária da Saúde - SAPS. Saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. 28 p. (Dados da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS no Sistema

Único de Saúde - SUS). Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/arquivos/dados-da-rede-de-atencao-psicossocial-raps.pdf/>> Acesso em: 18 jan. 2023.

CALDAS DE ALMEIDA. J. M. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso: Cad. Saúde Pública 2019, 35(11): e 00129519

CATALDO Neto, A. , ANNES, S. , BECKER, V. História da psiquiatria. In: CATALDO Neto, A. et al. (org.). Psiquiatria para estudantes de medicina. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. P. 25-8

CESARINO, A. Uma experiência de saúde mental na prefeitura de São Paulo: Projeto de Ações Integradas de Saúde Mental na zona norte do município de São Paulo - uma gestão democrática de um projeto público de saúde mental. . In: LANCETTI, A. (org.) Saúde loucura. São Paulo: Hucitec, 1989. P. 3-32

COFEN. Brasil vive uma segunda pandemias, agora na Saúde Mental. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/brasil-enfrenta-uma-segunda-pandemia-agora-na-saude-mental\\_103538.html#:~:text=O%20Brasil%20enfrenta%20uma%20segunda,e%20sofrimento%20ps%20ADquico%20dos%20brasileiros](http://www.cofen.gov.br/brasil-enfrenta-uma-segunda-pandemia-agora-na-saude-mental_103538.html#:~:text=O%20Brasil%20enfrenta%20uma%20segunda,e%20sofrimento%20ps%20ADquico%20dos%20brasileiros) Acesso em: 18 de Janeiro de 2023

DANET D. A. Impacto psicológico da COVID-19 em profissionais de saúde de primeira linha no âmbito ocidental. Uma revisão sistemática. Medicina Clínica (English Edition), Volume 156, Issue 9, 2021, Pages 449-458, ISSN 2387-0206, <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2020.11.003>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2387020621000073>) Acesso em: 18 jan. 2023.

ESPAÇO TEMÁTICO: SAÚDE MENTAL NO BRASIL: AVANÇOS E RETROCESSOS Cad. Saúde Pública 35 (11) • 2019 • <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>.

FOUCAULT, M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GOFFMAN, E. Manicômios, Prisões e Conventos. São Paulo: Perspectiva, 1974.

LIMA, D. R. A. , SMITHFIELD, W. R. Manual de história da medicina. Rio de Janeiro: Medin, 1986.

Palma DC de A, Santos ES dos, Ignotti E. Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020,36(Cad. Saúde Pública, 2020 36(4)).

PASSARINHO, J. G. N. RETROCESSOS NA POLÍTICA NACIONAL – EM PAUTA, Rio de Janeiro \_ 1o Semestre de 2022 - n. 49, v. 20, p. 65 – 80: DOI: 10.12957/REP.2022.63451

PASSARINHO, J. G. N. O DSM como ideologia: uma crítica do Manual Diagnóstico na perspectiva da luta paradigmática em saúde mental. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2020.

PENNINX, BWJH, BENROS, ME, KLEIN, RS et al. Como o COVID-19 moldou a saúde mental: da infecção aos efeitos da pandemia. Nat Med 28 ,2027–2037 (2022).

SCILAR, M. Do mágico ao social: trajetória da saúde pública. São Paulo: ed. SENAC, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization, 2022b. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-004933-8 (electronic version). Disponível em: .

*Adlene Faustino Advincula; Fernanda Costa de Farias Pinto; Lídia Andrade Lourinho; Márcio de Oliveira Mota; Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira; Pamela Kethenly Misquita de Castro; Sâmia Assunção de Oliveira; Thereza Maria Magalhães Moreira*

## INTRODUÇÃO

A saúde mental emergiu como uma das questões mais prementes e complexas no cenário global, afetando milhões de pessoas em diferentes culturas e contextos sociais. No mundo contemporâneo, fatores como urbanização rápida, pressões socioeconômicas, mudanças ambientais e, mais recentemente, a pandemia de COVID-19, têm contribuído para um aumento significativo nos desafios relacionados à saúde mental.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Saúde Mental pode ser considerada, um estado de bem-estar vivido pelo indivíduo, que possibilita

o desenvolvimento de suas habilidades pessoais para responder aos desafios da vida e contribuir com a comunidade. O bem-estar de uma pessoa está intrinsecamente ligado a uma série de condições fundamentais, que vão muito além do aspecto exclusivamente psicológico. Além dos aspectos individuais, a saúde mental é também socialmente determinada. Por isso, deve-se considerar que a saúde mental resulta da interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Pode-se afirmar que a saúde mental tem características biopsicossociais.

No âmbito internacional, observa-se um reconhecimento crescente da importância da saúde mental como parte integrante do bem-estar geral. No entanto, persistem desigualdades significativas no acesso a serviços e recursos. Muitos países enfrentam lacunas na assistência, estigma social e uma falta de conscientização sobre questões relacionadas à saúde mental.

Existem algumas doenças que se destacam por terem maior prevalência e impactos negativos na qualidade de vida das pessoas, e consequentemente, maioríssimo número de estudos e fontes de dados que nos ajudam a entender o cenário em que estamos inseridos, assim como vislumbrar novas formas de enfrentamento.

A OMS estima que mais de 264 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de depressão, se tornando uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo. Esses dados apontam que, nos próximos 20 anos, a depressão deve se tornar a doença mais comum do mundo, afetando mais pessoas do que qualquer outro problema de saúde, incluindo câncer e doenças cardíacas.

A depressão será também a doença que mais gerará custos econômicos e sociais para os governos, devido aos gastos com tratamento para a população e às perdas de produção. O Ministério da Saúde destaca que de acordo com estudo epidemiológico a prevalência de depressão ao longo da vida no Brasil está em torno de 15,5%.

Ao falarmos sobre transtornos de ansiedade, afirma-se que mais de 300 milhões de pessoas sofrem destes transtornos globalmente, segundo a OMS, definindo como os mais prevalentes dentre os transtornos psiquiátricos.

Apesar disso, frequentemente os sintomas de ansiedade não são reconhecidos como problemas de saúde pelos pacientes e familiares, sendo subdiagnosticados e consequentemente subtratados pela equipe de saúde. Os transtornos de ansiedade incluem condições como transtorno de ansiedade generalizada, transtorno do pânico e fobias específicas.

O mundo está atento a um outro problema de saúde mental bastante preocupante: o suicídio. Aproximadamente 700.000 pessoas morrem por suicídio a cada ano, de acordo com a OMS, o que representa uma a cada 100 mortes registradas. Este número pode ser subestimado devido à subnotificação e ao estigma associado ao suicídio.

Entre os jovens de 15 a 29 anos, o suicídio aparece como a quarta causa de morte mais recorrente, atrás de acidentes no trânsito e violência interpessoal. O abuso de álcool e outras drogas funciona atuando no ponto desencadeador do suicídio, que é a doença mental chamada

depressão, ou seja, os transtornos afetivos. Esse fator representa de 36% a 37% da população que cometeu suicídio.

Com a pandemia do Covid-19, outro problema de saúde mental ganhou os holofotes no Brasil e no mundo, quando os profissionais da linha de frente, imerso num contexto de uma epidemia desconhecida e a pressão exercida pela sociedade, começaram a desenvolver a Síndrome de Burnout.

Segundo a OMS, a Síndrome de Burnout ou Síndrome do Esgotamento Profissional é um distúrbio emocional com sintomas de exaustão extrema, estresse e esgotamento físico resultante de situações de trabalho desgastante, que demandam muita competitividade ou responsabilidade.

A principal causa da doença é justamente o excesso de trabalho. Esta síndrome é comum em profissionais que atuam diariamente sob pressão e com responsabilidades constantes e se caracteriza por três dimensões: sentimentos de exaustão ou esgotamento de energia; aumento do distanciamento mental do próprio trabalho, ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao próprio trabalho; e redução da eficácia profissional.

Além disso, a pesquisa também revelou que 32% dos brasileiros estão sofrendo da Síndrome de Burnout, um esgotamento profissional que pode levar a problemas de saúde mental mais graves, dados demonstrados através de estudos feitos pela International Stress Management Association (ISMA-BR, 2022).

O cenário da saúde mental no Brasil apresenta desafios particulares. O país enfrenta uma alta incidência de transtornos mentais, como depressão e ansiedade, muitas vezes associados a fatores socioeconômicos, desigualdades regionais e acesso limitado a serviços de qualidade. O estigma em torno dos problemas de saúde mental ainda persiste, dificultando a busca por ajuda e a aceitação desses problemas pela sociedade.

A falta de investimentos adequados e a fragmentação dos serviços de saúde mental no Brasil são obstáculos que impedem a implementação eficaz de políticas públicas nessa área. A escassez de profissionais especializados, aliada à falta de conscientização, torna o enfrentamento dos desafios da saúde mental uma tarefa complexa.

A luta antimanicomial expressa uma crítica à barbárie da repressão, da dominação médico-biológica, do poder farmacológico, não no sentido de “humanizar” a instituição, mas demudar o lugar de consideração e de atenção à loucura, num paradigma psicossocial e de desinstitucionalização que se expressa, não como uma simples desospitalização ou com contenção medicamentosa e atividades controladas. A desinstitucionalização significa: expressão da individualidade na sua relação social; respeito aos direitos e à cidadania; integração com a família e a sociedade; convivência social; equipe interdisciplinar; acolhida da pessoa tal como existe; cuidado e não tratamento para uma cura, centrando-se a ação na pessoa e não na doença, como assinala Basaglia (2005).

O critério de seleção das normas teve como norte a sua significância para a pesquisa e aquelas que propunham destacar a assistência às pessoas com transtornos mentais. Na pesquisa foram encontradas leis, decretos, portarias e resoluções, destacando-se a lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Essa lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Ao final do ano de 2001, em Brasília, é convocada logo após a promulgação da lei 10.216 a III Conferência Nacional de Saúde Mental, dispositivo fundamental de participação e de controle social. A política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, impulsionam um novo ritmo para a saúde mental e passa a se consolidar enquanto política e a ganhar maior sustentação e visibilidade.

Em linhas gerais, os anos 2000 inauguraram a Política Nacional de Saúde Mental, que estabelece estratégias e diretrizes para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. De acordo com o Ministério da Saúde (2019), dentro das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe-se a implantação de uma Rede de serviços aos

usuários que seja plural, com diferentes graus de complexidade e que promovam assistência integral para diferentes demandas, desde as mais simples às mais complexas/graves.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada por uma gama de serviços e pontos de atenção territorial. O artigo não tem o objetivo de esgotar a discussão acerca de cada um desses pontos de assistência às pessoas com transtornos mentais, mas se faz necessário apresentar os serviços ofertados pela RAPS, que compreendem o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), em suas diferentes modalidades; Serviço Residencial Terapêutico (SRT); Unidade de Acolhimento (adultos e infanto-juvenil); Enfermarias Especializadas em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico; Hospital-Dia; Atenção Básica; Urgência e Emergência; Comunidades Terapêuticas; e Ambulatório Multiprofissional de Saúde.

## ACHADOS E ANÁLISE CRÍTICA

As informações disponíveis sobre os cuidados destinados aos pacientes com transtornos mentais durante o período colonial brasileiro são limitadas. Estes indivíduos, rotulados como “loucos”, eram frequentemente marginalizados e submetidos a condições precárias. Até meados do século XVIII, aqueles encontrados nas ruas eram muitas vezes detidos e encarcerados, enquanto as famílias mais abastadas construía espaços para seu confinamento nos fundos de suas residências, e em alguns casos, optavam por enviá-los para tratamento na Europa. As disparidades sociais e econômicas desempenhavam um papel significativo na forma como a sociedade lidava com a questão da loucura (Oliveira, 2000).

As Santas Casas de Misericórdia surgiram como instituições que abrigavam doentes e desvalidos. Estabelecidas em várias cidades, a primeira em Santos (1543) e depois se expandiram para os demais estados brasileiros. Proporcionaram abrigos, porém sem oferecer tratamento aos doentes mentais (Medeiros, 1993).

Nas Santas Casas, ocorreu a institucionalização da psiquiatria no Brasil. Os indivíduos rotulados como “loucos”, recolhidos das ruas, eram confinados em condições precárias, muitas vezes submetidos a castigos físicos nos porões. Após relatos de maus-tratos, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro solicitou a criação de um hospital especializado, resultando no Hospício Pedro II, inaugurado

em 1852. Este hospital, seguindo o modelo francês, contava com assistência prestada por leigos, sem formação específica (Miranda-Sá Jr., 2007; Medeiros, 1993).

A partir das experiências no Rio de Janeiro e em São Paulo, houve o estabelecimento de hospitais psiquiátricos públicos em todo o país. Dentre eles, destacam-se o Hospital do Juquery (1895) em São Paulo (SP) e o Asilo de Alienados de São Vicente de Paula (1886) em Fortaleza (CE) (Kirschbaum, 1997; Bastos, 2007).

Para compreender a evolução da psiquiatria durante a Primeira República, é imprescindível examinar os contextos sociais, políticos e econômicos que moldaram esse período.

Após a Proclamação da República, houve um distanciamento entre o Estado e o Clero, o que teve reflexos no Hospício Pedro II. Em 1890, o controle do hospício passou da Santa Casa para o governo republicano, sendo renomeado como Hospício Nacional de Alienados por meio do Decreto nº 147-A. Esse evento desencadeou uma crise, pois as irmãs de caridade, responsáveis pela administração interna do hospital, o abandonaram. A partir de 1903, o médico baiano Juliano Moreira, formado na Europa, assumiu a direção do hospital, marcando o início do processo de reorganização do Serviço de Assistência a Alienados. Esse período foi fundamental para o estabelecimento do campo psiquiátrico no Brasil.

Juliano Moreira, juntamente com Teixeira Brandão, professor de moléstias nervosas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e primeiro diretor da Assistência Médica e Legal de Alienados, representava os ideais de uma parcela

considerável de médicos e pesquisadores. Eles propunham uma abordagem mais racional no tratamento dos doentes mentais, visando transformar os hospitais psiquiátricos em instituições de pesquisa e tratamento, ao invés de meros depósitos de pacientes. Além da reorganização do Hospício Pedro II (denominado Hospício Nacional dos Alienados) e da política de saúde mental como um todo, o início do século XX testemunhou a instalação de colônias de alienados, predominantemente voltadas para atividades agrícolas, seguindo uma tendência mundial em tratamento psiquiátrico.

Durante o século XX, uma série de eventos impactantes moldaram o cenário global, incluindo as guerras mundiais, o surgimento de armas nucleares, a queda do comunismo e avanços tecnológicos significativos. Este período testemunhou também importantes avanços, como o advento da insulinoterapia e psicocirurgia na década de 1930, seguido pelo desenvolvimento de medicamentos psicotrópicos na década de 1950, e a introdução da eletroconvulsoterapia. Além disso, houve a fundação de comunidades terapêuticas, todos esses marcos tiveram um impacto significativo na psiquiatria mundial, influenciando também a prática psiquiátrica brasileira.

Na primeira metade do século XX no Brasil, no âmbito psiquiátrico, surgiu a proposta do isolamento dos doentes em colônias, que assumiram diversas designações, como asilos-colônias (Moreira, 1902; Rocha, 1906), ou foram especificamente destinadas ao tratamento de certos pacientes, como as colônias para epiléticos (Moreira, 1905). Destaca-se nesse modelo as ‘colônias agrícolas’. Desde o final do século XIX, já se observava em São Paulo a criação da primeira colônia agrícola do país, projetada para abrigar oitenta alienados.

A regulamentação da psiquiatria brasileira foi estabelecida por diversos decretos, visando à institucionalização da loucura e à segregação entre “loucos” e “loucos delinquentes”. O Decreto nº 1.132/1903 legalizou a reclusão dos doentes mentais, conferindo poderes aos psiquiatras, enquanto o surgimento do Manicômio Judiciário no Rio de Janeiro, em 1921, visava à detenção e correção dos internos considerados perigosos e incuráveis.

A partir dos anos 1950, novos serviços de atendimento psiquiátrico surgiram, como leitos em hospitais gerais, emergências e ambulatórios. O estabelecimento da primeira Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral na Bahia, em 1954, e a inauguração do primeiro serviço de emergência psiquiátrica no Rio de Janeiro, no ano seguinte, marcaram avanços significativos na assistência psiquiátrica no país (Machado e Colvero, 2003).

Os anos 1960, marcados pelo golpe militar de 1964, introduziram a medicina previdenciária e a psiquiatria de massa, com o aumento expressivo de leitos psiquiátricos na rede hospitalar privada. A década

de 1970 foi marcada pelas denúncias dos profissionais de saúde mental contra a “indústria da loucura”, dando origem ao Movimento da Reforma Psiquiátrica.

Esse movimento questionou o modelo tradicional de assistência psiquiátrica, promovendo a desinstitucionalização e a criação de novos dispositivos e tecnologias comunitárias para o cuidado em saúde mental. A década de 1980 foi caracterizada por eventos marcantes, como a Primeira Conferência Nacional de Saúde Mental e o surgimento do Dia Nacional da Luta Antimanicomial, representando a busca por uma psiquiatria baseada em dispositivos diversificados, abertos e comunitários (Tenório, 2002).

A política saiu de um modelo de atenção retrógrado, para um modelo de uma política humanizada e com ampliação do acesso de toda população,

Para garantir uma atenção integral é necessário a organização do cuidado em rede, de forma interconectada e dinâmica. Essa rede de cuidados é tecida em cada um dos territórios onde permanentemente aos diversos serviços de saúde ali existentes estão articulados. No SUS a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é uma das redes prioritárias, constituída para cuidar das demandas relacionadas à saúde mental.

Essa Rede é um sistema potente que oferece o cuidado em saúde mental para a população brasileira, por meio de ações de promoção da saúde mental,

prevenção de agravos, assistência e cuidado, bem como reabilitação psicossocial e reinserção das pessoas com transtornos mentais e outras condições clínicas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Então houve a criação, ampliação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades do uso de álcool e outras drogas, de toda população em modo geral, surgindo a criação da RAPS, onde com a melhoria do atendimento deve-se definir os fluxogramas, definir os pontos de atenção prioritária, identificar o caminho que o usuário vai seguir na rede. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa a ser formada por uma gama de serviços e pontos de atenção territorial

RAPS:

- Atenção Primária à Saúde
- Consultório na rua
- Centro de Convivência
- Unidades de acolhimento (adulto e infanto-juvenil)
- Serviços residenciais terapêuticos
- Hospital dia
- Unidades de referência especializada em hospitais gerais
- Centro de atenção psicossocial (CAPS) nas suas diversas modalidades
- Equipe multiprofissional
- Hospitais psiquiátricos especializados

O cuidado não pode está restrito aos serviços especializados, mas deve atuar no território onde as pessoas vivem (pacientes e familiares).

O modelo de gestão precisa ser aperfeiçoado com investimentos em Educação Permanente, com enfoque na capacitação dos profissionais em saúde mental, como também, na intervenção quanto a deficiência no quadro de profissionais qualificados devido aos vínculos fragilizados.

É preciso também melhorar o quantitativo e distribuição do financiamento público federal dentro da RAPS, para a melhoria das condições dos serviços e qualidade do cuidado.

Embora todos os esforços no fortalecimento da RAPS, ainda se observa proposta de tratamentos arcaicos, advindo do modelo manicomial, falta de investimentos, falta de priorização das demandas, alta rotatividade e qualificação dos profissionais.

É necessário que os gestores e profissionais estejam cada dia mais sensibilizados as questões que envolvem a saúde mental, para que possamos oferecer serviços humanizados e de qualidade.

## **CASO DE APLICAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA**

Atualmente, podemos observar que a gestão pública tem estado mais sensível as questões que envolvem a saúde mental. Em consequência disso, os entes federados, os estados e municípios tem investido

na implementação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a fim de minimizar os problemas e melhorar a qualidade da assistência prestada.

O município de Caucaia vem se destacando neste cenário com o fortalecimento da RAPS, com a implantação de novas estratégias de descentralização da saúde mental por todo o território, como também na capacitação contínua de todos os profissionais que atuam na rede.

Uma das estratégias utilizadas pela gestão tem sido a criação de 06 (seis) Ambulatórios de Saúde Mental, um em cada distrito de saúde, onde se oferta consultas especializadas com profissional Psiquiatra dentro desses ambulatórios.

O objetivo dessa estratégia tem sido a ampliação do acesso do usuário com dificuldades de se deslocar ao centro urbano do município, descentralizando o atendimento para mais próximo do território de cada usuário. Além disso, garantimos um atendimento especializado e o devido encaminhamento do usuário ao serviço que tenha o perfil de cuidado à sua condição específica.

Outra estratégia utilizada no município que tem dado grande contribuição a RAPS é o Matriciamento. O Matriciamento é uma estratégia pedagógica de compartilhamento de cuidado ao usuário entre a equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) e Equipe Especializada. Nessa ferramenta, os profissionais de ambas as áreas discutem os casos de difícil manejo, a fim de encontrar soluções viáveis, como também, os especialistas oferecem suporte teórico e prático aos profissionais da APS no manejo dos problemas de saúde mental de perfil leves e moderados.

Essas estratégias têm sido de grande valia dentro do sistema de saúde do município de Caucaia, trazendo melhorias significativas no acesso e no cuidado prestado aos usuários da rede de saúde mental.

## REFERÊNCIAS

BASAGLIA, Franco. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

CABRAL, Sheylla Beatriz, DAROSCI, Manuela. A Trajetória das Políticas de Saúde Mental no Brasil. Florianópolis, vol. 1, pág. 1-13, nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental. BRASIL, 2024. Acessado em 23/01/2024.

International Stress Management Association. Burnout: problema é reconhecido pela OMS e faz cada vez mais vítimas. ISMA-BR, 2022. Acessado em: 23/01/2024.

FACCHINETTI, C. , RIBEIRO, A. , MUÑOZ, P. F. DE. As insanas do Hospício

Nacional de Alienados (1900-1939). História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 15, n. suppl, p. 231-242, 2008.

OLMOS, C. E. F. et al. Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental face aos currículos brasileiros. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, p. e20180200, 9 mar. 2020.

LUCCHESI, Roselma. A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. doi:10.11606/T.83.2005.tde-17112006-111354. Acesso em: 2024-01-21

MACHADO, A. L. , COLVERO, L. DE A. Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 11, n. 5, p. 672-677, out. 2003.

Medeiros, T. Uma história da psiquiatria no Brasil. In: Russo, J. A. , Duarte, L. F. D. , Seligmann--Silva, E. Duzentos anos de psiquiatria. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Ed. UFRJ, 1993.

MOREIRA, L. H. DE O. et al. A inclusão social do doente mental: contribuições para a enfermagem psiquiátrica. Inclusão Social, v. 3, n. 1, 2008.

OLIVEIRA, A. G. B. DE, ALESSI, N. P. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 11, n. 3, p. 333–340, jun. 2003.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 9, p. 25–59, 1 abr. 2002. 5ª edição ampliada Série E. Legislação de Saúde. [s. l.: s. n.]. Disponível em: <[https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao\\_saude\\_mental\\_1990\\_2004\\_5ed.pdf](https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2024.

Ministério da Saúde Saúde Mental no SUS: Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção. [s. l.: s. n.]. Disponível em: <[https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_gestao\\_saude\\_mental\\_2003-2006.pdf](https://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2024.

Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. [s. l.: s. n.]. Disponível em: < Acesso em: 20 jan. 2024.

*Ana Alice Fernandes de Castro Falcão; Andrea Caprara; Clarice Maria Araújo Chagas Verrgara; Gardênia Maria Oliveira Alves; Geziel dos Santos de Sousa; Maria Josane Pereira; Rita de Cassia do Nascimento Leitão; Soraia Rolim Caldas; Thereza Maria Magalhães Moreira; Virna Ribeiro Feitosa Cestari*

## INTRODUÇÃO

A partir das últimas quatro décadas do século passado, seguindo tendência mundial, têm-se observado, no Brasil, processos de transição que produziram, e ainda produzem, importantes mudanças no perfil das doenças ocorrentes na população. A chamada Transição Demográfica, um desses processos, resultou em significativa diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, no aumento progressivo da expectativa de vida e da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários (MALTA *et al.*, 2006).

A Transição Epidemiológica, um segundo processo verificado, redundou em novo perfil de morbimortalidade, condicionado à diversidade regional quanto às características socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde, um “modelo polarizado de transição.” Tal modelo de transição apresenta, para distintas regiões, o crescimento da morbimortalidade por DCNT e a ocorrência, todavia alta, de doenças infecciosas. A Transição Epidemiológica, por sua vez, decorre da urbanização acelerada, do acesso a serviços de saúde, dos meios de diagnóstico e das mudanças culturais, expressivos nas últimas décadas, entre outros fatores. A Transição Nutricional, por fim, advém do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo da vida moderna (MALTA *et al.*, 2006).

As mudanças nos padrões de ocorrência das doenças têm imposto, constantemente, novos desafios, não só para os gestores e tomadores de decisão do setor da Saúde como também para outros setores governamentais, cujas ações repercutem na ocorrência dessas doenças.

O desafio do financiamento das ações é um deles. Doenças crônicas custam caro para o Sistema Único de Saúde (SUS). Se não prevenidas e gerenciadas adequadamente, demandam uma assistência médica de custos sempre crescentes, em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica. Para toda a sociedade, o número de mortes prematuras e de incapacidades faz com que o enfretamento das “novas epidemias”, causadas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), demandem significativos investimentos em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa de uma vida saudável. O presente trabalho realiza uma revisão de aspectos relevantes sobre as DCNT e apresenta as principais ações que o SUS está a pôr em prática, para enfrentar esses novos problemas de Saúde Pública (MALTA *et al.*, 2006).

## ACHADOS E ANÁLISE CRÍTICA

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são aquelas que se desenvolvem ao longo da vida, muitas vezes de forma lenta, silenciosa e sem apresentar sintomas, mas que comprometem muito a qualidade de vida e oferecem grave risco ao indivíduo.

Entre as principais DCNT estão: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas (bronquite, asma, rinite), hipertensão, câncer, diabetes e doenças metabólicas (obesidade, diabetes, dislipidemia). (BRASIL, 2008).

As DCNT's se caracterizam por um conjunto de patologias de múltiplas causas e fatores de risco, longos períodos de latência e curso prolongado. Além do mais, têm origem não infecciosa e podem resultar em incapacidades funcionais. (BRASIL, 2008).

Na maioria das vezes, elas surgem como resultado das inúmeras agressões que o organismo sofre ao longo dos anos. Alimentação inadequada, obesidade, uso de álcool, cigarro e outras drogas, sedentarismo e falta de descanso são os principais fatores que levam ao envolvimento dessas patologias. (BRASIL, 2008).

Existem também fatores genéticos e ambientais que contribuem para o surgimento dessas doenças. Porém, eles não são um fator determinante. Como sempre destacamos, a predisposição genética é ativada ou desativada pelo nosso estilo de vida. Portanto,

é nosso papel adotar hábitos que dificultam a manifestação desses genes. (BRASIL, 2008).

Para entender melhor sobre as Políticas Públicas no combate das DCNTs, é importante ter conhecimento sobre a trajetória. A partir da década de 1990 até os dias atuais, cujo objetivo é trazer fatos gerais que marcaram a construção de políticas de saúde que tangenciam a condição dos pacientes crônicos no Brasil (Figura 1).

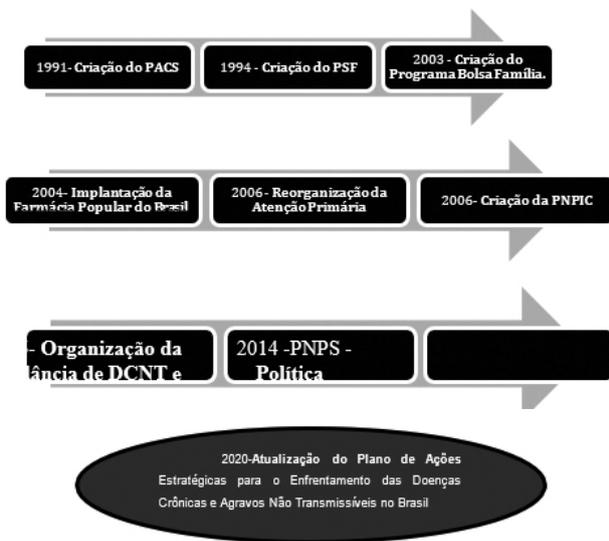


Figura 1 – Trajetória das Políticas Públicas no enfrentamento das DCNTs.

As doenças crônicas não transmissíveis – DCNT (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) representam um dos principais desafios de saúde pública, tanto pela alta prevalência como pela rapidez com que adquiriram destaque como principais causas de morte no Brasil e no mundo. As DCNT têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida e ocasionado impactos econômicos negativos para indivíduos, famílias e a sociedade em geral. Elas são hoje responsáveis por 72% da mortalidade no Brasil e mais prevalentes entre as pessoas de baixa renda, por estarem mais expostas aos fatores de risco. (MALTA, 2014).

Elas são ainda mais comuns nos países desenvolvidos, como os Estados Unidos, e estão aumentando nos países em desenvolvimento. Na região das Américas e Caribe, que inclui o Brasil, elas causam 75% das mortes, sendo que só os problemas cardiovasculares, como infartos e AVCs, levam a 30% dos óbitos. (OPAS, 2021.)

O percentual da população com doenças crônicas está aumentando de forma alarmante. Um exemplo é o diabetes, que cresceu 61,8% entre 2008 e 2018. A previsão é de

que o número de diabéticos entre 20 e 79 anos seja de 642 milhões de pessoas no ano de 2040, sendo que hoje esse número é de aproximadamente 420 milhões. (OPAS, 2021.)

Casos de mortes por infarto agudo no miocárdio tiveram um crescimento de 33% entre 2001 e 2010. As doenças hipertensivas, nesse mesmo período, tiveram um aumento de 87%. Portanto, como você pode perceber, as DCNTs são extremamente sérias e realmente exigem ações efetivas de prevenção (OPAS, 2021.)

Hoje, nos Estados Unidos, 88% dos americanos a partir de 65 anos têm pelo menos uma doença crônica. No Brasil, a situação não é tão diferente, especialmente nos estados do Sul e Sudeste. A confirmação das previsões de crescimento das DCNTs praticamente tornaria nossa população idosa completamente doente. (OPAS, 2021.)

Uma pessoa pode desenvolver uma DCNT por anos. Embora não seja possível curar a maioria delas por meio dos medicamentos, o tratamento convencional precisa dos remédios para controle dessas patologias. O tratamento se estende ao longo da vida, causando um impacto econômico considerável para a família e para o Estado. (OPAS, 2021.)

No Brasil, o envelhecimento da população e o aumento das DCNTs tornará o sistema de saúde insustentável, mas essa não é uma realidade apenas do nosso país. Nos Estados Unidos, há institutos que alertam não só para a impossibilidade de cobrir essas despesas a longo prazo, mas também quanto ao impacto dessas doenças na economia em geral (MENDES, 2012).

Nos últimos anos, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) têm se tornado objeto de preocupação global, não apenas do setor saúde, mas de vários setores da sociedade, em função da sua

magnitude e custo social. Globalmente, as DCNT têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, alto grau de limitação das pessoas em suas atividades de trabalho e de lazer, além de ocasionar impactos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e a sociedade em geral, resultando no agravamento de iniquidades sociais e pobreza. Ampliando as desigualdades sociais, o aumento da carga de DCNT reflete os efeitos negativos da globalização, da urbanização rápida, da vida sedentária e da alimentação com alto teor calórico, além do marketing do tabaco e do álcool (BRASIL, 2011).

A epidemia de DCNT tem afetado mais as pessoas de baixa renda, por serem mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso aos serviços de saúde. Além disso, essas doenças criam um círculo vicioso, levando as famílias a maior estado de pobreza. Existem fortes evidências relacionando os determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia, com a prevalência de DCNT e fatores de risco. (BRASIL, 2011).

Os gastos familiares com as DCNT reduzem a disponibilidade de recursos para necessidades como alimentação, moradia, educação, entre outras. A Organização Mundial de Saúde estima que, a cada ano, 100 milhões de pessoas são empurradas para a pobreza nos países em que se tem de pagar diretamente pelos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Estimativas para o Brasil sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultantes de apenas três DCNT (diabetes, doenças do coração e acidente vascular encefálico) levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (MALTA, 2013).

Existem significativas diferenças (regionais, de gênero, entre grupos étnico-raciais e de estrato socioeconômico) na distribuição da carga das doenças, incluindo as DCNT. Estas diferenças resultam em evidente prejuízo para as pessoas em condições de maior vulnerabilidade social, configurando uma situação importante de iniquidade em saúde, que necessita ser superada, e a atuação de forma intersetorial ajuda a reduzir estas situações (MALTA, 2006).

Por intersetorialidade compreende-se o modo de gestão desenvolvido por meio de processo sistemático de articulação, planejamento

e cooperação entre os distintos setores da sociedade e entre as diversas políticas públicas para intervir nos determinantes sociais. A intersectorialidade tem como princípios a corresponsabilidade, cogestão e coparticipação, entre os diversos setores e políticas em prol de um projeto comum. Desta forma pressupõe-se atuar de forma integrada, que pode conduzir a melhores resultados no caso do enfrentamento das DCNT. (MALTA, 2006).

No Brasil, as DCNT lideram como causa de morbimortalidade e tem ocorrido, na última década, uma redução de 20% das taxas de mortalidade de DCNT - doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, alguns tipos de câncer. Visando ampliar o comprometimento do Brasil com o tema, após amplo processo de consulta a diversos setores, foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022, que define e prioriza as ações e os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter as DCNT e seus fatores de risco nos próximos dez anos<sup>6</sup>. O plano de DCNT parte da premissa que ações de prevenção e controle de DCNT requerem articulação e suporte de todos os setores do governo, da sociedade civil e do setor privado, com a finalidade de obter sucesso contra a epidemia das DCNT. Existem evidências de que a ação articulada envolvendo diversos setores é essencial para o êxito das ações propostas de enfrentamento das DCNT (BRASIL, 2021).

O plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant), apresenta-se como diretriz para a prevenção dos fatores de risco das Dant e para a promoção da saúde da população com vistas a dirimir desigualdades em saúde. Cabem em seu escopo a criação e o fortalecimento de políticas e programas intersetoriais, a estratégia de organização de serviços em rede, a construção de governança de processos, a produção de informações direcionadas à tomada de decisão baseada em evidências, o controle social e a inovação na gestão, na pesquisa e nos serviços de saúde (BRASIL, 2021)

O Brasil vem organizando, nos últimos anos, ações no sentido de estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico para as

doenças crônicas não transmissíveis, de modo a conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde (BRASIL, 2021).

Em 2003, realizou-se o primeiro inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de agravos não transmissíveis, que constituiu a linha de base do país no monitoramento dos principais fatores de risco (BRASIL, 2011).

Em 2006, foi implantado o VIGITEL, inquérito por telefone que, com 54 mil entrevistas anuais, investiga a frequência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas e morbidade referida em adultos ( $\geq 18$  anos) residentes em domicílios com linha fixa de telefone nas capitais do Brasil (BRASIL, 2011).

Em 2008, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) incluiu, como parte da iniciativa do *Global Adult Tobacco Survey* (GATS), informações sobre morbidade e alguns fatores de risco e, ainda, a Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab) (BRASIL, 2011).

Em 2009, foi realizada a I Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), inquérito com cerca de 63 mil alunos do 9º ano das escolas públicas e privadas das capitais do Brasil e do Distrito Federal, feito em parceria entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e os Ministério da Saúde e da Educação, que acontecerá a cada três anos (BRASIL, 2011).

O monitoramento da morbimortalidade em DCNT, componente essencial para a vigilância, é realizado por meio dos sistemas de informações do SUS e outros (BRASIL, 2011).

Outras atividades neste processo são as capacitações das equipes de saúde de estados e municípios, com o estabelecimento de atividades e estratégias de prevenção, promoção e assistência e com a definição de indicadores para monitoramento e de metodologias apropriadas às realidades regionais e locais (BRASIL, 2011).

O objetivo do Plano de Enfrentamento de DCNT é o de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (BRASIL, 2011).

O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e define diretrizes e ações em: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; c) cuidado integral (BRASIL, 2011).

As DCNT representam um conjunto de condições que requerem esforços contínuos, sustentáveis e de longo prazo. Assim, as tradicionais soluções devem ceder lugar a estratégias abrangentes e duradouras (BRASIL, 2013).

Segue, de acordo com o documento, análise as adaptações que os sistemas de saúde de todo mundo podem fazer para reduzir o impacto das DCNT (BRASIL, 2013).

- Incrementos na disponibilidade de recursos para os sistemas de saúde como um todo e para as DCNT em particular.
- Ampliação das taxações com resultado específico para a saúde, como a do tabaco.
- Fortalecimento da prevenção, com especial ênfase na introdução e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos sistemas de saúde.
- Desenvolvimento de ações de integração para incentivar os cuidados contínuos.

Desenvolvimento de abordagens integrativas e por ciclos de vida na prevenção e no controle das DCNT (BRASIL, 2013).

O Plano de DCNT é organizado em três eixos: prevenção, atenção e monitoramento.

Na prevenção, as ações abrangem a educação em saúde, a promoção da alimentação saudável, a prevenção do tabagismo, a prevenção da obesidade, a prevenção do sedentarismo e o acesso a medicamentos específicos. Na atenção, são contempladas ações de educação em saúde, o acesso à assistência farmacêutica, a reorganização dos serviços de saúde, a promoção da assistência domiciliar, a promoção da assistência integral e a identificação e tratamento precoce. Por fim, o monitoramento

contempla a criação de mecanismos de vigilância epidemiológica e de avaliação (DE BARBA *et al.*, 2022).

O eixo da Vigilância tem o objetivo de monitorar o processo saúde-doença e seus determinantes sociais, a fim de contribuir para a formulação de políticas de saúde no Brasil. As principais ações deste eixo são: a) realização da Pesquisa Nacional de Saúde em 2013; b) realização de inquéritos populacionais, telefônicos e em populações especiais; c) realização de estudos sobre DCNT; e d) criação de um portal na internet. Estas ações visam monitorar e avaliar a implantação do Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT, bem como a evolução das DCNT no país (MALTA; NETO; JUNIOR, 2011).

As DCNTs mais prevalentes no Brasil são as doenças cardiovasculares (30,4%), neoplasias (19,3%), doenças respiratórias (13,7%) e diabetes (8,6%). Porém, as doenças cardiovasculares representam a maior parte da mortalidade prematura, com 56,9% (321.717 óbitos). Entre as doenças cardiovasculares, as mais frequentes são a hipertensão (23,8%), a doença isquêmica cardíaca (21,8%) e o acidente vascular cerebral (AVC - 11,6%). Os principais fatores de risco para as DCNTs são fatores comportamentais, como o tabagismo, o consumo abusivo de álcool, a alimentação inadequada e a inatividade física.<sup>4,5</sup> Além disso, fatores ambientais, genéticos e sociais (WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.*, 2022; MALTA *et al.*, 2022).

Um estudo realizado por Malta e colaboradores que teve por objetivo monitorar as metas dos planos de enfrentamento das DCNTs entre 2013 e 2019, identificou um aumento considerável no consumo de álcool, em ambos os sexos. Na tentativa de reverter esse quadro a Lei seca foi criada. Além das medidas legais, alternativas devem ser consideradas para minimizar o uso de álcool. Ações educacionais, como campanhas de conscientização sobre os riscos do uso abusivo de álcool para a saúde, podem ser realizadas em escolas, universidades e outros locais de convivência social. É importante ainda que haja a inclusão de políticas de saúde pública nas medidas de prevenção do uso de álcool, incentivando a adoção de hábitos saudáveis, como a prática de atividades físicas e a ingestão de água (MALTA *et al.*, 2022).

Outra importante medida é a oferta de tratamento para aqueles que desejam parar de fumar. O Brasil foi pioneiro na criação de programas de tratamento para a população de baixa renda, como o Programa de Tratamento para Tabagismo, que oferece acesso a medicamentos, grupos de autoajuda e aconselhamento para quem deseja parar. Além disso, a conscientização e a educação são necessárias para que se possa promover uma mudança real na sociedade. Para isso, são fundamentais campanhas que mostrem as consequências do tabagismo para a saúde, que devem ser dirigidas aos diferentes grupos da população. Ainda, é preciso conhecer as motivações e expectativas dos tabagistas para que se consiga desenvolver programas eficazes (OMS, 2020; DE DAVID *et al.*, 2020).

Para reduzir as desigualdades sociais, é necessário implementar medidas que melhorem o acesso à informação e à educação, além de aumentar o acesso aos serviços de saúde. O aumento dos investimentos em saúde, assim como o aumento do orçamento dedicado à educação, é fundamental para que os indivíduos tenham acesso à informação e aos cuidados necessários para prevenir doenças não transmissíveis. Medidas de redução da pobreza, como programas de transferência de renda, também são fundamentais para melhorar as condições de vida da população (MALTA *et al.*, 2022).

É necessário que haja ações mais eficazes e que envolvam a população para que essa meta seja alcançada. Campanhas educativas e de conscientização, além de ações de promoção de saúde, devem ser priorizadas. A vigilância e monitoramento das DCNTs devem ser melhorados, bem como a capacitação dos profissionais de saúde. O investimento em políticas públicas de saúde deve ser aumentado para garantir o acesso aos serviços e o financiamento adequado dos programas de prevenção e tratamento. Além disso, as agências reguladoras devem ser fortalecidas e as leis devem ser reformuladas para melhorar a prevenção, vigilância e controle das DCNTs.

O Plano de DCNT 2011-2022 é o grande marco das ações frente ao quadro epidemiológico de morbimortalidade no País por uma década. Para seu monitoramento, foram previstas 12 metas, acompanhadas ao longo de dez anos de vigência para orientar as ações de saúde e alcan-

çar os objetivos de prevenir o adoecimento e reduzir mortes prematuras por DCNT. (MS,2021).

## PRINCIPAIS AÇÕES

- Reduzir a mortalidade prematura (30-69 anos) por DCNT em 2% ao ano;
- Reduzir a prevalência de tabagismo em 30%;
- Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%;
- Deter o crescimento da obesidade em adultos;
- Aumentar o consumo recomendado de frutas e hortaliças em 10%;
- Aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 10%;
- Aumentar a cobertura de mamografia em mulheres de 50-69 de idade anos nos últimos dois anos para 70%;
- Aumentar a cobertura de Papanicolau em mulheres de 25-64 de idade nos últimos três anos para 85%.

A vigilância das DCNT é de grande importância para a estruturação de programas e políticas de saúde centradas na promoção da saúde e prevenção dessas doenças. Dessa maneira, torna-se relevante conhecer como se estrutura tal vigilância no Brasil, tanto considerando as particularidades das regiões, como por nível de gestão (municipal e estadual). O plano de enfrentamento das DCNT parte do princípio de que ações de prevenção e controle exigem articulação e apoio de setores do governo, da sociedade civil e do setor privado. A PNPS12 traz a intersetorialidade como princípio, referindo-se ao “processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns”. Nesse sentido, espera-se avançar nas ações de articulação intersetorial para o enfrentamento das DCNT, transversal aos processos de organização dos serviços de saúde. Os desafios em relação à essa articulação serão minimizados com a participação da sociedade civil, de entidades da saúde, de universidades, dos Conselhos de

Saúde, das ONG e dos usuários do SUS. (Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)).

A conscientização e foco nessas populações podem ajudar a identificar consequências imprevistas pelas políticas, antes que elas exacerbem os problemas. É preciso cuidado para assegurar que as regulações criadas para reduzir a prevalência dos fatores de risco para DCNT e o monitoramento das disparidades, protejam esses grupos de forma eficaz e, também, que sejam implementadas políticas específicas para determinados subgrupos. É necessário monitorar e avaliar as políticas voltadas especificamente às populações com necessidades especiais. Em alguns casos, podem ser necessárias políticas específicas ou recursos adicionais para os grupos de alto risco.

Com relação aos sistemas de informação, é importante ressaltar a baixa utilização da estratégia e-SUS como fonte de informação, sendo necessário uma maior investigação sobre as possíveis razões de sua não utilização, uma vez que poderia se tratar de uma importante fonte de informação para municípios menores que não podem se valer das informações das pesquisas nacionais por não serem representativas para essa realidade. É oportuno salientar que as políticas públicas finalísticas para que sejam efetivas, necessitam de planejamento e otimização de processos. Sendo assim, é importante a implementação de todos os entes federativos no que tange ao Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis.

## **CASO DE APLICAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA**

Em outubro de 2020, a Assembleia Legislativa do Ceará aprovou a Lei Nº 17.320, proposta pelo poder executivo estadual, aumentando de 5% para 15% os recursos da Cota Parte do ICMS destinados aos municípios, com base em indicadores e critérios da área da saúde, que integram o Índice Municipal de Qualidade em Saúde (IQS). O que representará, a partir de 2022, um incremento de R\$ 350 milhões anuais para os municípios associados à melhoria de resultados em saúde, saindo de R\$ 175 milhões para R\$ 525 milhões. Os indicadores atuais, alterados no início de 2020, com o apoio técnico do Instituto de

Planejamento do Ceará (IPECE), já foram direcionados para avaliar o desempenho dos municípios.

Desse modo, o estado do Ceará, que já estava em posição de destaque na distribuição de recursos da Educação, passa a atuar de forma inovadora no estabelecimento de percentuais diferenciados de aplicação do ICMS em saúde, bem como na inclusão do conceito de regionalização, dado que os municípios serão avaliados com base em seu próprio desempenho e no desempenho da Região de Saúde à qual pertencem.

O Programa Cuidar Melhor compreende a cooperação técnica e um conjunto de incentivos financeiros aos municípios e equipes de saúde associados a ações e resultados em indicadores de qualidade. Tais indicadores são divididos em duas dimensões correlacionadas: esforço e impacto. Os indicadores de impacto correspondem àqueles definidos para o cálculo do Índice Municipal de Qualidade em Saúde (IQS), que é a base do repasse de recursos financeiros oriundos do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS). Já os indicadores de esforço são a referência para a classificação dos municípios na Premiação Cuidar Melhor, que vai ocorrer anualmente.

Os indicadores de esforço dos municípios, principal eixo da premiação anual do Programa Cuidar Melhor, agora podem ser acompanhados no novo dashboard. Entre as principais informações disponíveis, estão as internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, a proporção de cobertura vacinal em crianças com menos de um ano de idade e a taxa de internação por diabetes ou hipertensão na população de 20 anos ou mais, entre outros.

São a base para premiação anual dos municípios, associados às prioridades/metasp anuais do Programa Cuidar Melhor, sendo pactuados a cada ano com os atores da governança em saúde.

Para o ano de 2022, na segunda edição da premiação, são considerados 08 indicadores de esforço:

Nº	Indicador	Polaridade
1	Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde	Negativa
2	Proporção de recém-nascidos filhos de gestantes adolescentes (gravidez na adolescência)	Negativa
3	Proporção de gestantes com pelo menos 6 consultas de pré-natal realizadas, sendo a primeira realizada até a 12ª semana de gestação.	Positiva
4	Taxas de cobertura vacinal em crianças menores de 01 ano	Positiva
5	Proporção hipertensos cadastrados.	Positiva
6	Proporção de pacientes diabéticos cadastrados	Positiva
7	Taxa de internação por diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS) na população de 20 anos ou mais.	Negativa
8	Existência de departamento e/ou órgão municipal de trânsito em funcionamento.	Positiva

\*Polaridade Positiva (quanto maior, melhor); Polaridade Negativa (quanto menor, melhor)

O projeto estadual, lançado em janeiro de 2021, pretende avançar no enfrentamento dos problemas que mais causam adoecimento e óbito na população cearense, reduzindo a Mortalidade Infantil, Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), e Mortalidade por Acidentes de Trânsito envolvendo Motocicletas.

O IntegraSUS é uma plataforma de transparência da gestão pública de saúde do Ceará. A ferramenta integra sistemas de monitoramento e gerenciamento epidemiológico, hospitalar, ambulatorial, administrativo, financeiro e de planejamento da Secretaria da Saúde do Estado (Sesa) e dos 184 municípios. Esses dados são reunidos, analisados e disponibilizados para conhecimento da população e para auxiliar

gestores em ações e políticas de saúde. A iniciativa faz parte do Programa de Modernização da Gestão da Saúde do Estado do Ceará.

Observando os indicadores disponíveis na plataforma INTEGRASUS destacamos os **Indicadores Cuidar Melhor** como estratégicos para as atividades referentes a Atenção Primária desenvolvida pelos municípios e monitoradas pelo Estado. Dispõe de duas ambas: Monitoramento de Indicadores e Resultado dos Indicadores de Esforço.

No Monitoramento de Indicadores disponibiliza uma série histórica de 2017 a 2021 por Região de Saúde, Área Descentralizada de Saúde ADS, municípios e grupo de Indicadores. Estão detalhados pelos os seguintes indicadores:

- **Indicadores de Esforço:** Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, Proporção de recém-nascidos filhos de gestantes adolescentes, Proporção de cobertura vacinal de menores de 1 ano, Taxa de internação por diabetes e hipertensão na população de 20 anos ou mais, Proporção de pacientes hipertensos cadastrados, Proporção de pacientes diabéticos cadastrados, Proporção de gestantes com primeiro atendimento até a 12ª semana da gestação, Proporção de recém-nascidos filhos de gestantes adolescentes, Proporção de municípios com departamento/ ou órgão de trânsito;
- **Indicadores de Impacto:** Taxa de Mortalidade Infantil, Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral, Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio, Taxa de Mortalidade por Acidente de Trânsito envolvendo Motociclistas;

Pelo exposto, consideramos essencial para prática de monitoramento e avaliação dos indicadores de mortalidade, morbidade e prevenção das DNCT's, consideradas prioritárias de acordo com o perfil epidemiológico dos últimos cinco anos, realizaremos uma análise dos **indicadores de impacto da Região de Fortaleza**.

A Saúde no Ceará vivencia uma nova realidade com a aprovação da Lei 17.006 de 30/09/2019 que dispõe sobre a integração, no âmbito do sistema único de saúde – SUS, das ações e dos serviços de saúde em

Regiões de Saúde no Estado do Ceará e da Portaria Estadual Nº 2.108 de 25 de Novembro de 2019 (revisada) que dispõe sobre aspectos organizativos e operacionais das Regiões de Saúde. Atualmente dividido em 05 (cinco) Regiões de Saúde: Fortaleza, Norte, Sertão Central, Cariri e Litoral Leste Jaguaribe.

A Região de Fortaleza é composta por 06 (seis) Áreas Descentralizadas da Saúde (ADS): Fortaleza, Caucaia, Maracanaú, Baturité, Itapipoca, Cascavel e 44 (quarenta e quatro) municípios.

O Ceará é formado por 184 municípios e uma população estimada (IBGE, 2021) de

9.240.580 habitantes. Na Região de Saúde de Fortaleza estão concentrados, 44 municípios e 4.826.756 (IBGE, 2021) pessoas, isso corresponde a 52,23% do total da população cearense. Vale ressaltar que só a capital Fortaleza, possui 2.878.668 (IBGE, 2021) habitantes, ou seja, 59,64% da população residente da Região.

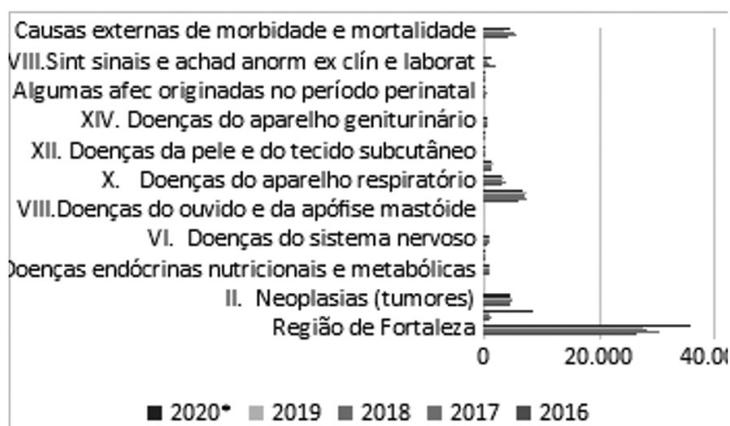


Gráfico 01 – óbitos por CID 10 da Região de Fortaleza, 2016 a 2020\*

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará/COVEP - CEREM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM. Nota: Dados atualizados até 06/05/2021, sujeitos à revisão

O gráfico 01 descreve o número de óbitos por CID 10 que aconteceram na Região de Fortaleza no período de 2016 a 2020\*. Obser-

va-se que as três principais causas de óbitos na região por capítulo em ordem decrescente são: Doenças do Aparelho Circulatorio (IX), Causas Externas de Morbidade e Mortalidade (XX) e Doenças do Aparelho Respiratório (X).

Embora seja mundialmente a segunda principal causa de óbitos, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) vem apresentando uma importante redução das taxas de mortalidade nas últimas décadas.

Taxa de Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral na Região de Fortaleza, 2017 a 2021

ADS	TAXA DE MORTALIDADE POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL				
	2017	2018	2019	2020	2021
1ª FORTALEZA	52,16	45,96	46,85	43,34	46,36
2ª CAUCAIA	44,6	44,33	43,7	37,73	42,03
3ª MARACANAÚ	54,24	39,71	47,06	35,04	39,03
4ª BATURITÉ	48,8	46,48	37,02	46,12	43,99
6ª ITAPIPOCA	49,41	41,94	42,6	41,92	37,96
22ª CASCAVEL	51,18	47,58	44,66	42,12	44,81
<b>REGIÃO FORTALEZA</b>	<b>51,07</b>	<b>44,91</b>	<b>45,75</b>	<b>41,57</b>	<b>44,25</b>
<b>CEARÁ</b>	<b>54,75</b>	<b>49,2</b>	<b>48,9</b>	<b>45,87</b>	<b>47,83</b>

Fonte: Integrasus, abril de 2021

De acordo com os dados apresentados no quadro acima, as Taxas de Mortalidade por AVC da Região de Fortaleza ficaram abaixo das Taxas apresentadas no Ceará, no período de 2017 a 2021. A Taxa de Mortalidade por AVC da Região de Fortaleza apresenta um declínio no período de 2017 a 2021, passando de 51,07 para 44,25 óbitos. Todas as ADS apresentaram uma redução nas taxas no período de 2017 a 2021, apesar de que no período de 2018 a 2020 em todas as ADSs foram registrada variação nas taxas, não uniformizando uma tendência. Sendo

que em 2021, a ADS de Fortaleza apresentou a maior taxa (146,36) e a ADS de Itapipoca a menor taxa (37,96).

O IAM representa as maiores causas de morte no Brasil e no mundo, sendo a doença cardiovascular que mais leva a óbito nas primeiras horas após o início dos sintomas, onde 65% das mortes ocorrem na primeira hora e 80% nas primeiras 24h após a manifestação dos sintomas.

Taxa de Mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio na Região de Fortaleza, 2017 a 2021

ADS	TAXA DE MORTALIDADE POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO				
	2017	2018	2019	2020	2021
1ª FORTALEZA	31,91	39,82	39,98	27,94	26,33
2ª CAUCAIA	38,11	43,53	46,75	37,25	35,82
3ª MARACANAÚ	31,13	36,75	36,99	27,23	27,59
4ª BATURITÉ	48,8	57,93	45,56	49,66	43,99
6ª ITAPIPOCA	67,35	58,39	67,22	67,67	59,42
22ª CASCAVEL	41,93	50,93	49,79	31,66	38,53
<b>REGIÃO FORTALEZA</b>	<b>36,05</b>	<b>42,42</b>	<b>43,08</b>	<b>32,46</b>	<b>31,16</b>
<b>CEARÁ</b>	<b>46,61</b>	<b>50,57</b>	<b>49,23</b>	<b>43,58</b>	<b>41,47</b>

Fonte: Integrasus, abril de 2021

De acordo com os dados apresentados no quadro acima, as Taxas de Mortalidade por IAM da Região de Fortaleza ficaram abaixo das Taxas apresentadas no Ceará, no período de 2017 a 2021. A Taxa de Mortalidade por IAM da Região de Fortaleza apresenta um declínio no período de 2017 a 2021, passando de 36,05 para 31,16 óbitos. Todas as ADS apresentaram uma redução nas taxas no período de 2017 a 2021, apesar de que no período de 2018 a 2020 em todas as ADSs foram registrada variação nas taxas, não uniformizando uma tendência. Sendo

que em 2021, a ADS de Itapipoca apresentou a maior taxa (59,42) e a ADS de Fortaleza a menor taxa (26,33).

A motocicleta é o veículo que configura maior vulnerabilidade ao condutor durante o seu percurso. Pode causar lesões, sequelas e a morte do indivíduo. Essa detém o maior índice de mortalidade em acidentes de trânsito quando comparada a outros veículos.

Taxa de Mortalidade por Acidentes de Trânsito Envolvendo Motociclistas na Região de Fortaleza, 2017 a 2021

ADS	TAXA DE MORTALIDADE POR ACIDENTES DE TRÂNSITO ENVOLVENDO MOTOCICLISTAS				
	2017	2018	2019	2020	2021
1ª FORTALEZA	3,97	2,52	2,18	3,43	1,01
2ª CAUCAIA	7,3	6,75	3,86	1,75	1,91
3ª MARACANAÚ	5,03	3,69	3,48	3,27	2,18
4ª BATURITÉ	5,74	7,15	2,85	2,84	3,55
6ª ITAPIPOCA	8,46	12,08	6,99	2,31	3,63
22ª CASCAVEL	5,55	6,4	3,32	1,79	1,79
<b>REGIÃO FORTALEZA</b>	<b>4,97</b>	<b>4,22</b>	<b>2,95</b>	<b>2,99</b>	<b>1,56</b>
<b>CEARÁ</b>	<b>8,58</b>	<b>8,62</b>	<b>7,48</b>	<b>6,75</b>	<b>6,3</b>

Fonte: Integrasus, abril de 2021

De acordo com os dados apresentados no quadro acima, as Taxas de Mortalidade por Acidente de Trânsito envolvendo Motociclistas da Região de Fortaleza ficaram abaixo das Taxas apresentadas no Ceará, no período de 2017 a 2021. A Taxa de Mortalidade por Acidente de Trânsito envolvendo Motociclistas da Região de Fortaleza apresenta um declínio no período de 2017 a 2021, passando de 4,97 para 1,56 óbitos. Todas as ADSs apresentaram uma redução nas taxas no período de 2017 a 2021, apesar de que no período de 2018 a 2020 em todas

as ADSs foram registrada variação nas taxas, não uniformizando uma tendência. Sendo que em 2021, a ADS de Itapipoca apresentou a maior taxa (3,63) e a ADS de Fortaleza a menor taxa (1,01).

Diante dos dados apresentados que identifica como as três principais causas de óbitos no Ceará e Região de Fortaleza as Doenças do Aparelho Circulatório, Causas Externas de Morbidade e Mortalidade e Doenças do Aparelho Respiratório. A Secretaria da Saúde do Ceará priorizou no Plano Estadual de Saúde 2020 - 2023 as principais redes e linhas temáticas, destacando: Doenças Crônicas Não Transmissíveis (linhas de cuidado: diabetes, hipertensão, obesidade, doenças renais crônicas), Materno Infantil e Urgência e Emergência (Linhas de Cuidado para IAM e AVC).

Diante do exposto, observa-se que a Região de Saúde de Fortaleza apresenta avanços e desafios para reduzir ou controlar os principais agravos que levam a morbimortalidade que acometem sua população.

É evidente que a utilização de estratégias que favoreçam o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, como ordenadora do sistema e como principal ponto de atenção de acesso as principais Redes de Atenção à Saúde, geram impactos positivos na redução da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria MS/GM n.º 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União 2014, 11 nov. 3.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). VIGITEL Brasil 2016: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS, 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS, 2011.

CASSWELL, Sally, YOU, Ru Quan, HUCKLE, Taisia. Alcohol's harm to others: reduced wellbeing and health status for those with heavy drinkers in their lives. *Addiction*, v. 106, n. 6, p. 1087-1094, 2011.

DE BARBA, Maria Luiza et al. As relações existentes entre o cuidado às doenças crônicas não transmissíveis e o alcance das políticas de prevenção na atenção primária à saúde. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 5, p. 41509-41518, 2022.

DE DAVID, Caroline Nespolo et al. The burden of low back pain in Brazil: estimates from the Global Burden of Disease 2017 Study. *Population health metrics*, v. 18, p. 1-10, 2020.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro, MONTEIRO, Maristela G. Mortality from diseases, conditions and injuries where alcohol is a necessary cause in the Americas, 2007-09. *Addiction*, v. 109, n. 4, p. 570-577, 2014.

MALTA, Deborah Carvalho, MORAIS NETO, Otaliba Libânio de, SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. 2011.

MALTA, Deborah Carvalho e cols. Acompanhamento das metas dos planos de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013 e 2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, 2022.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e serviços de saúde*, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça et al. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. Noncommunicable diseases progress monitor 2022. 2022.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Em prol da saúde: desenvolvimento sustentável e equidade. Washington: Opas, 2013. (Plano Estratégico da Organização Pan-Americana da Saúde 2014-2019).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. 2020.

## POLÍTICA DE PREVENÇÃO, ATENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UM ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

*Antônio Augusto Ferreira Carioca; Antonio Rodrigues Ferreira Júnior; Camila de Araújo Bezerra; Karine Pacheco Barbosa; Luana Christina de Barros Coelho Bomfim; Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira; Maria da Conceição Moura de Oliveira Lima; Maria Eliana Peixoto Bessa; Paula Andrea Rebouças Leite; Raquel Sampaio Florêncio; Thereza Maria Magalhães Moreira*

### INTRODUÇÃO

As doenças crônicas compõem uma série de condições crônicas, relacionadas à causas diversas. Caracterizam-se principalmente por apresentar início gradual e prognóstico incerto, provavelmente acompanha a pessoa por toda sua vida. O quadro clínico poderá se modificar ao longo do tempo, muitas vezes de forma agudizada, gerando incapacidades permanentes. As intervenções nesses pacientes é um processo contínuo que requer o uso de tecnologias diversas, em

todos os níveis de atenção e engloba principalmente o estímulo às mudanças de estilo de vida (BRASIL, 2013).

Consideram-se doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura (BRASIL, 2014).

Os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para o maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas na população.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) trabalhadas nas políticas públicas no Brasil são elencadas a partir de estudos epidemiológicos. Correspondem às doenças que causam as maiores taxas de mortalidade e constituem o grupo de enfermidades de maior magnitude no Brasil. Caracterizam-se por atingir, primordialmente, populações

com maior vulnerabilidade, dentre elas as de baixa escolaridade e renda. As políticas públicas elencam os quatro principais grupos de doenças crônicas, dentre elas doenças cardiovasculares, cânceres, respiratórias e diabetes (BRASIL, 2021).

Goulart (2011) descreve as características gerais das principais DCNT, do ponto de vista clínico e de impacto populacional:

**Doenças cardiovasculares (DCV)** – são as doenças do coração e vasos sanguíneos, abrangendo várias condições derivadas de suprimento sanguíneo aos órgãos. Dentre elas, as doenças coronarianas, acidente vascular cerebral, doença hipertensiva e insuficiência cardíaca congestiva são causas de cerca de 30% de todas as mortes e até 50% da mortalidade pelo conjunto das DCNT. O fumo, sedentarismo e alimentação são fatores de risco que são responsáveis por 80% dos casos de DCV.

**Câncer** – multiplicação anormal de células em determinados órgãos do corpo. Corresponde a segunda causa de morte mundial, chegando a 13% do total.

**Doenças respiratórias crônicas** – enfermidades que afetam as vias aéreas, bem como outras estruturas pulmonares. Dentre as mais comuns estão a asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, estados alérgicos, hipertensão pulmonar e doenças que têm relação com o processo de trabalho. Juntas, elas representam cerca de 7% da mortalidade global, causando 4,2 milhões de óbitos anuais.

**Diabetes** – doença de fundo metabólico, que incapacita a retirada da glicose e outras substâncias do sangue para a célula de forma total ou parcial. Representa a causa de 1,3 milhões de mortes no mundo, baixa comparada às outras DCNT, porém leva à DCV, insuficiência renal e a cegueira.

**Doenças mentais** – condições que afetam atitudes, o pensamento, os sentimentos e relacionamentos sociais. São doenças que contribuem para os anos de vida perdidos por incapacidade, além de ser causas de suicídios. No início dessa década, a depressão atingia cerca de 150 milhões de pessoas em todo o mundo; 25 milhões sofriam de esquizofrenia; mais de 100 milhões apresentavam abuso de álcool e drogas. Além disso, estima-se que perto de um milhão de pessoas se suicidam a cada ano.

Os fatores de risco em comum que respondem pela grande maioria das mortes por DCNT são tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade. Corresponderem a hábitos nocivos que podem ser modificados pela mudança de comportamento do próprio indivíduo, bem como por ações governamentais que contribuam para a melhoria de um estilo de vida saudável. Esses fatores de risco são monitorados e realizadas análises a fim de que se possa ter um melhor plano de ação no combate a essas práticas (BRASIL, 2021).

O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis de 2021-2030 (Plano Dant) aborda como causas importantes de morbimortalidade da população a violência e os acidentes. O óbito por violência é a segunda causa de morte no Brasil e muitas vezes está relacionado aos determinantes sociais como educação, renda, gênero, etnia e sexo. Verifica-se que homens da raça negra/parda são os mais acometidos. Os acidentes de trânsito provocam grandes perdas de vida na população, e quando não provoca o óbito, gera lesões que muitas vezes podem provocar incapacidades temporárias ou permanentes (BRASIL, 2021).

Em decorrência da liderança das DCNT nas causas de óbito no país nas últimas décadas, a partir de 2000 o Ministério da saúde através do Centro Nacional de Epidemiologia atual Secretaria de Vigilância à Saúde desenvolveu um Sistema

Nacional de Vigilância para acompanhar as doenças não transmissíveis. Corresponderem a um conjunto de ações que mostram a distribuição, magnitude e tendência dessas doenças e de seus fatores de risco na população. Além de identificar seus condicionantes sociais, econômicos e ambientais. Busca-se a partir desses dados proporcionar um maior controle dessas doenças, evitando um crescimento epidêmico dessas enfermidades (BRASIL, 2012).

Grupos de indicadores foram pactuados a fim de possibilitar o monitoramento e vigilância das Doenças crônicas, dentre elas mortalidade, mortalidade proporcional por DCNT, taxas de mortalidade por DNCT, taxas de mortalidade por causas específicas, morbidade, proporções de internações por DCNT, taxas de internações SUS/habitantes

(10000) por DNCT, proporções de internações por causas específicas e taxas de internações por eventos específicos (BRASIL, 2012).

As três esferas de poder (federal, estadual e municipal) são responsáveis pelo financiamento das ações, cabendo ao Ministério da Saúde o maior valor do custeio, devido ao montante de arrecadação de impostos. Os recursos são repassados aos entes pelo Ministério para o custeio das ações, valores estabelecidos pelas Comissões Gestoras e Aprovadas pelos Conselhos de Saúde. Estados e municípios, principalmente esses últimos, vem aplicando volumes crescentes de recursos para o setor saúde, tendo sido aprovada legislação que regula os percentuais a serem aplicados por cada nível de gestão do SUS. As estratégias de ações de saúde estabelecidas são utilizadas nos três níveis de gestão e envolvem promoção de saúde, prevenção, assistência às doenças e reabilitação.

Faz parte também das atividades as de vigilância e regulação sanitária, a segurança alimentar, o fomento à pesquisa em saúde, entre outras (BRASIL, 2012).

O Programa Previne Brasil, instituído em 2019 pela Portaria GM/MS nº 2.979, visa estruturar o modelo de financiamento ou custeio da APS, objetivando melhorar a cobertura do APS, aumentar a qualidade da assistência, com centro no resultado dos indicadores de saúde e no atendimento às necessidades dos indivíduos. Os recursos serão transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática. Essa iniciativa deve-se à relevância da atenção primária, objetivando consolidar como potente ordenador do sistema de saúde (BRASIL, 2021).

O modelo de financiamento da APS no âmbito do SUS estabelecido pelo programa é composto por três componentes:

1. Captação ponderada- corresponde a um valor estabelecido pago por pessoa cadastrada em equipe de Saúde da Família e equipe de Atenção Primária. Esse valor transferido vai depender de fatores como necessidades de saúde e custos assistenciais, objetivando a equidade no atendimento.
2. Pagamento por desempenho - pagamento pelos resultados de indicadores atingidos pelos municípios com eSF e eAP, equipes de saúde bucal e equipes multiprofissionais.

3. Incentivo para ações estratégicas - pagamento por equipes, serviços ou programas da APS. O regramento será específico a depender da equipe, serviço ou programa.

Acrescenta-se nesses componentes o valor do incentivo financeiro de R\$ 5,95 com base em critério populacional.

O Brasil demonstrou a partir das quatro últimas décadas, em consonância com o que ocorre mundialmente, mudanças importantes no perfil das doenças que acometiam a população. Um processo de mudança no quadro epidemiológico engloba a Transição Demográfica com o aumento da população idosa, em decorrência da redução das taxas de fecundidade e natalidade e aumento da expectativa de vida. Um segundo fator de mudança corresponde a Transição Epidemiológica de mortes por doenças infecciosas para doenças crônicas, levando a um novo perfil de morbimortalidade. Nesse sentido, levava-se em consideração aspectos socioeconômicos e acesso aos serviços de saúde. A mudança nesse segundo aspecto ocorreu devido a urbanização acelerada, acesso aos serviços de saúde, dos meios de diagnósticos e das mudanças culturais. Por fim, a Transição Nutricional gerou aumento da obesidade em decorrência de má alimentação e sedentarismo da vida moderna (MALTA, 2006).

Estudos realizados demonstram que de todas as mortes ocorridas no Brasil em 2007, 58% foram atribuídas às quatro DCNT priorizadas no Plano de Ação 2008-2013 da OMS (doenças do aparelho circulatório, doenças respiratórias crônicas, diabetes e câncer). Isso indica aumento em 5% de 1996 para 2007, de 442 para 463 mortes por 100 mil habitantes. Nesse período, a redução foi de 31% para as doenças do aparelho circulatório e de 38% para as respiratórias crônicas (28% doença pulmonar obstrutiva crônica e 34% asma); para o diabetes verificou-se aumento de 2% e, para outras doenças crônicas, diminuição de 2% (BRASIL, 2011).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por cerca de 36 milhões de mortes anuais no mundo, especialmente em países de média e baixa renda. As DCNT compõem problemas

de saúde de grande magnitude, abrangendo 72% das causas de mortes. Atualmente, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano de 2020, foram responsáveis por 80% da carga de doenças dos países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a adesão aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (BRASIL, 2013).

Em estudo realizado em 2019 verificou-se que a taxa de mortalidade por DCNT (738.371 mil) é mais prevalente no Homens (56%), e nas mulheres (44%), sendo a primeira causa de óbitos precoce na faixa etária de 30 a 69 anos (275,5 por mil habitantes). A mortalidade prematura teve como principal causa as doenças cardiovasculares, seguida por neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Foram enfermidades responsáveis por 1,8 milhões de internações, com gastos de 8,8 bilhões (BRASIL, 2021).

Comorbidades como Diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial (HA) alcançam, respectivamente, 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros. No Brasil, essas patologias correspondem a causa número um de mortalidade e de hospitalizações, sendo as maiores causadoras de doença renal crônica dialítica no Sistema Único de Saúde. Com relação às neoplasias, os tipos de câncer que causaram mais mortes entre as mulheres foram os de mama – 15,2%, seguido pelo câncer da traquéia, brônquios e pulmões – 9,7% e colo de útero – 6,4%. Entre os homens, a primeira causa foi o câncer de traqueia, brônquios e pulmões – 15%, seguido pelo de próstata – 13,4% e o de estômago – 9,8% (BRASIL, 2013).

Os fatores de riscos para o desenvolvimento das DCNT mais comuns são obesidade, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, nutrição e sedentarismo, sendo esses focos de combate na tentativa de reduzir a prevalência dessas comorbidades. Com relação ao tabagismo a prevalência em 2010 de 14,1%, caiu para 9,8% em 2019, cumprindo a meta de redução em 30%. A prevalência do consumo de álcool apresentou estabilidade entre 2010 de 18,1%, apresentando leve aumento em 2019 em 18,1%. Com relação a obesidade houve um aumento expressivo nesse mesmo período entre 2010 e 2019, elevando de 15,1% para 20,3% respectivamente. O consumo de alimentos saudáveis como frutas e hortaliças apresentou também um aumento de 19,5% em 2010 para 22%

em 2019. Com relação à prática de atividade física, o aumento se deu de 30,5% em 2010 para 39% em 2019 (BRASIL, 2021).

Dados do Ministério da Saúde apontam que 52,6% dos homens e 44,7% das mulheres com mais de 18 anos estão acima do peso ideal. O excesso de peso, segundo Organização Mundial de Saúde é um fator de risco responsável por 58% da carga de doença relativa ao diabetes tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer de cólon e reto e 8% do câncer de mama e responde diretamente por parcela significativa do custo do sistema de saúde nos países (BRASIL, 2013).

Com relação a prevenção de neoplasias de mama e colo uterino observou-se um aumento na cobertura de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos de 73,4% em 2010 para 76,9% em 2020. A cobertura de exame Papanicolau apresentou-se estável durante todo o período analisado, variando de 82,2% em 2010 a 81,5% em 2019 (Brasil, 2021)

As doenças crônicas correspondem a um grupo de enfermidades que mais causam mortes na população e provocam forte carga de morbidades. Suas complicações elevam consideravelmente o número de internações, além de provocarem significativamente perdas de funções motoras e amputações. Em vista disso, a qualidade de vida é afetada. Os determinantes sociais como desigualdades sociais, acesso aos serviços, baixa escolaridade elevam a prevalência dessas doenças, bem como suas complicações (Brasil, 2013).

O impacto econômico pode ser observado no número de internações, bem como no absenteísmo, aposentadorias e morte na população economicamente ativa. Estima-se que em 2025 a população de pessoas com 60 anos será mais de 30 milhões e dentre essas 85% estará acometida de pelo menos uma das DCNT (Brasil, 2013).

Como são doenças de longa duração, as DCNT estão entre as doenças que mais exigem esforços com ações, procedimentos e serviços de saúde. Os gastos decorrentes dessa demanda são denominados custos diretos. Dos chamados custos indiretos, decorrentes do absenteísmo, aposentadorias precoces e perda de produtividade, o Brasil não dispõe de estudos que possam quantificá-los. (GOULART, 2011)

Diante da enorme dimensão e perdas ocasionadas pelas DCNT para contribuir no combate a essas patologias, o Ministério da saúde lançou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011-2022. Os eixos trabalhados são divididos em Vigilância, informação, avaliação e monitoramento; Promoção da saúde; e Cuidado integral, esse plano sistematiza as ações necessárias para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (MALTA et al, 2010).

Um grande desafio para as equipes de saúde é a atenção em saúde para as doenças crônicas. Condições estas que são multifatoriais, muito prevalentes, com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e para ser efetiva, sua abordagem necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde vem desenvolvendo diretrizes, metodologias e instrumentos de apoio às equipes de saúde e realizando um esforço para fortalecer a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Esta rede visa qualificar o cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações, e de tratamento e recuperação (BRASIL, 2014).

É imprescindível entender o Sistema Único de Saúde - SUS como política pública. A defesa da gestão pública passa por reconhecer limitações e problemas do SUS, sugerindo mudanças que fortaleçam o caráter público das políticas de saúde (CAMPOS, 2018).

Levando em consideração que as políticas públicas são valiosas ferramentas para implementação de avanços na sociedade nos mais diversos campos de atuação, a criação da Política de Prevenção, Atenção e Controle de Doenças Crônicas não Transmissíveis justifica-se pela necessidade de balizar as ações de prevenção e controle dessas doenças e agravos, garantindo assim o atendimento integral e priorizando as atividades preventivas, além de contar com a participação da comunidade na forma de controle social (BRASIL, 2011).

As doenças crônicas não transmissíveis - DCNT representam um conjunto de condições que requerem esforços contínuos, sustentáveis e de longo prazo. Assim, aquelas tradicionais ações seletivas e focais, utilizadas no combate às doenças infecciosas, devem dar espaço a estratégias mais abrangentes e duradouras, que afetem e reflitam a estrutura e a pesquisa nos serviços e sistemas de saúde e as necessidades reais da população (GOU-LART, 2011).

Nesta perspectiva a Política de prevenção, atenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis visa contribuir na reorganização da atenção à saúde da pessoa com doenças crônicas, estabelecendo diretrizes e fluxos assistenciais, organizando as linhas de cuidado, promovendo integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção, a fim de atender às necessidades de saúde relacionadas a uma condição crônica, levando em consideração as características das populações, seus riscos e suas vulnerabilidades (BRASIL, 2014).

De acordo com a Portaria MS/GM nº 483, o Art. 5º São objetivos específicos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014):

- I – Ampliar o acesso dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde;
- II – Promover o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde dos usuários com doenças crônicas, por meio do desenvolvimento de ações coordenadas pela atenção básica, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- III – Propiciar o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos adequados em tempo oportuno, garantindo-se a integralidade do cuidado, conforme a necessidade de saúde do usuário;
- IV – Promover hábitos de vida saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, como ações de prevenção às doenças crônicas;

- V – Ampliar as ações para enfrentamento dos fatores de risco às doenças crônicas, tais como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool;
- VI – Atuar no fortalecimento do conhecimento do usuário sobre suas doenças e ampliação da sua capacidade de autocuidado e autonomia; e
- VII – Impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas.

## ACHADOS E ANÁLISE CRÍTICA

Veja a seguir um pouco da trajetória das políticas públicas de saúde para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis a partir da década de 1980 até a atualidade.

### 1984 – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

O programa propunha o cuidado para além da tradicional atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Em suas bases programáticas, é destacada a prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama (BRASIL, 1984).

### 1991 – Criação do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde)

Em 1991, o Ministério da Saúde propôs o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como uma estratégia de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que desenvolve atividades relacionadas à prevenção e educação nessa área, implantadas principalmente em municípios de baixa densidade populacional. O enfoque principal é a ampliação da cobertura da atenção básica e a introdução do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como um trabalhador incumbido de desenvolver ações relacionadas ao controle de peso, orientações a grupos específicos de patologias, distribuição de medicamentos, entre outras (CHIESA, FRACCOLLI, 2004).

**1994 – Criação do PSF (Programa Saúde da Família)**

O modelo de atenção proposto pelo PSF se assenta sobre uma visão ampliada do processo saúde-doença, que pretende ultrapassar as concepções marcadas por um viés biologizante e curativo, passando a ter na família e no meio no qual ela vive o centro da atenção à saúde, uma vez que não aguarda a demanda que chega à unidade de saúde, processo típico do modelo tradicional. Ao contrário, pretende reorganizar a demanda à medida que busca agir preventivamente, identificar as necessidades em saúde daquele território e organizar a demanda a partir da comunidade, das famílias e dos domicílios (MONNERAT, SENNA & SOUZA, 2006).

**1999 – Reconhecimento do exercício da atividade do agente comunitário de saúde**

Cabe ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), no âmbito do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente (BRASIL, 1999).

**1999 – Aprovação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)**

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada no ano de 1999, atesta o compromisso do Ministério da Saúde com os males relacionados à escassez alimentar e à pobreza, sobretudo à desnutrição infantil e materna, bem assim com o complexo quadro dos excessos já configurado no Brasil pelas altas taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade, na população adulta (BRASIL, 2007a).

**2003 – Criação do Programa Bolsa Família**

O programa Bolsa Família comporta três eixos de atuação: a transferência direta de renda para promover a melhoria imediata das condições de vida das famílias em situação de pobreza; o acesso efetivo das famílias aos serviços básicos de educação, saúde

e assistência social e a integração com outras ações e programas de governo e da sociedade civil voltado ao desenvolvimento de alternativas de ocupação, geração de renda e elevação do bem-estar das famílias pobres. (MERCADANTE, 2010, p. 363)

#### **2004 – Implantação da Farmácia Popular do Brasil**

O Programa Farmácia Popular do Brasil é lançado com a finalidade de ampliar o acesso da população a medicamentos considerados essenciais para tratamento de doenças, em maior parte DCNT, sendo disponibilizados a baixo custo. Com sua implementação, o governo federal passa a ofertar medicamentos para hipertensão arterial, diabetes mellitus e outras doenças.

#### **2005 – Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco**

O objetivo da CQCT, previsto em seu artigo 3º é: Proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências sanitárias, sociais, ambientais e econômicas geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco, proporcionando uma referência para as medidas de controle do tabaco a serem implementadas pelas Partes nos níveis nacional, regional e internacional, a fim de reduzir de maneira contínua e substancial a prevalência do consumo e a exposição à fumaça do tabaco (BRASIL, 2006a).

#### **2006 – Reorganização da atenção primária à saúde no Brasil**

Doze anos depois da criação do Programa de Saúde da Família, o já então eixo norteador da base do SUS é transformado em Estratégia Saúde da Família, que visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2006b)

## 2006 - Publicação do Guia Alimentar para a Saúde da População Brasileira

O Guia é como objetivo de propor diretrizes objetivando prevenir deficiências nutricionais, obesidade, doenças infecciosas e DCNT em crianças e adultos, ainda orientar a população na decisão de consumir alimentos mais saudáveis e incluí-los no dia a dia alimentar da família, atendendo, dessa maneira, aos princípios da promoção da saúde. Está direcionado não só aos governos, como também à indústria de alimentos e aos profissionais de saúde. Tem importante papel na promoção da alimentação adequada e saudável, compromisso expresso na PNAN (Política Nacional de Alimentação e Nutrição) e na PNPS (Política Nacional de Promoção da Saúde).

## 2007 – Implantação do PSE (Programa Saúde na Escola)

O Programa Saúde na Escola foi criado em 2007, com a finalidade de contribuir para a formação integral de alunos da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007b). As ações do programa são formadas por atividades de promoção da saúde e de prevenção de agravos à saúde e seus fatores de risco, como alimentação saudável e prevenção da obesidade, promoção da atividade física, prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, saúde sexual e reprodutiva e prevenção de IST, entre outras.

## 2008 – Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Criados núcleos compostos por equipes multiprofissionais (de diferentes categorias) que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família e equipes de atenção básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde.

A principal diretriz do SUS a ser praticada por este núcleo é a integralidade e deve estar presente na atitude do profissional no encontro com seus clientes. Além desta, outros princípios e diretrizes devem orientar as ações a serem desenvolvidas pelo NASF, como o território onde deve ser desenvolvida a atua-

ção dos profissionais; a educação em saúde da população; a interdisciplinaridade – onde diversas ações, saberes e práticas se complementam; a participação social com foco na gestão participativa; a educação permanente em saúde buscando a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho; a humanização, a partir de construções coletivas entre gestores, trabalhadores e usuários e promoção da saúde que procura eleger formas de vida mais saudáveis (BRASIL, 2009).

Deste modo, realiza atendimentos compartilhados, discussões de casos e ações de saúde individuais e coletivas que possibilitam a construção conjunta de projetos terapêuticos. O foco são as ações de prevenção e promoção da saúde.

#### **2011 – Lançamento do PAS (Programa Academia da Saúde)**

Com estrutura e quadro de profissionais que o diferenciam das estruturas tradicionais dos serviços de saúde, o programa foi criado em 2011 visando principalmente à promoção de práticas corporais e atividades físicas sendo, porém, redefinido em 2013, com seu objetivo ampliado para contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população (BRASIL, 2013).

#### **2011 – Plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (2011-2020)**

O Plano visa a preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (BRASIL, 2011).

O objetivo do Plano de Enfrentamento de DCNT é o de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (BRASIL, 2011).

**2014 – PNPS (Política Nacional de Promoção da Saúde)**

O objetivo geral da PNPS consiste em promover a equidade e a melhoria das condições de vida e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde, decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2014).

**2020 – Atualização do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil**

O plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de Dant), apresenta-se como diretriz para a prevenção dos fatores de risco das Dant e para a promoção da saúde da população com vistas a dirimir desigualdades em saúde. Cabem em seu escopo a criação e o fortalecimento de políticas e programas intersetoriais, a estratégia de organização de serviços em rede, a construção de governança de processos, a produção de informações direcionadas à tomada de decisão baseada em evidências, o controle social e a inovação na gestão, na pesquisa e nos serviços de saúde. (Brasil, 2021).

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, além de fortalecer os serviços de saúde voltados às doenças crônicas. Sua elaboração foi coordenada pelo Ministério da Saúde, com colaboração de outros ministérios, de instituições de ensino e pesquisa, de membros de organizações não governamentais, entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas, entre outros (BRASIL, 2011).

O Plano abordou os quatro principais grupos de doenças crônicas (cardiovasculares, cânceres, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco (tabagismo, consumo abusivo de álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade). Também, definiu diretrizes e ações em três eixos: a vigilância, informação, avaliação e monitoramento; a promoção da saúde e o cuidado integral (BRASIL, 2021).

Entretanto, o perfil das causas de morte no Brasil mudou de forma importante nas últimas décadas. As transições epidemiológica e demográfica ocorreram de forma acelerada, o envelhecimento populacional e a redução das causas de morte por doenças infecciosas, parasitárias e materno-infantis, além do crescimento acelerado das mortes por doenças crônicas e causas externas (acidentes e violência) delineando um novo cenário para a atuação da política pública (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Com a aproximação do término do período de vigência do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil – 2011-2022, o Ministério da Saúde considerou a necessidade de elaborar um novo documento para reafirmar e ampliar as propostas para o enfrentamento das DCNT e para a promoção da saúde no Brasil (BRASIL, 2021).

Dessa forma, o plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de DANT), apresenta-se como uma nova diretriz para a prevenção dos fatores de risco das DANT e para a promoção da saúde da população, alinhado com as principais políticas e programas sobre os temas, com metas e ações propostas para o período de 2021 a 2030, objetivando fortalecer a agenda de enfrentamento das DCNT, das violências e dos acidentes, bem como pautar a promoção da saúde nas ações de saúde (BRASIL, 2021).

A partir da avaliação do Plano de DCNT 2011-2022 e das análises sobre as doenças crônicas e os agravos não transmissíveis, foram definidos 23 indicadores e suas respectivas metas a serem acompanhadas para monitorar a implementação anual e os principais resultados do Plano de Dant (BRASIL, 2021).

### Metas para as Doenças crônicas não transmissíveis

- Reduzir em 1/3 a taxa padronizada de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT.
- Reduzir em 1/3 a probabilidade incondicional de morte prematura (30 a 69 anos) por DCNT.
- Reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de mama em 10%.
- Reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer de colo do útero em 20%.
- Reduzir a mortalidade prematura (30 a 69 anos) por câncer do aparelho digestivo em 10%.

Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Notificações – Viva/Sinan.

### Metas para os Fatores de risco

- Reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes em 2%.
- Deter o crescimento da obesidade em adultos.
- Aumentar a prevalência da prática de atividade física no tempo livre em 30%.
- Aumentar o consumo recomendado de frutas e de hortaliças em 30%
- Reduzir o consumo de alimentos ultraprocessados.
- Reduzir em 30% o consumo regular de bebidas adoçadas.
- Reduzir o consumo abusivo de bebidas alcoólicas em 10%.
- Reduzir a prevalência de tabagismo em 40%.
- Reduzir a mortalidade por DCNT atribuída à poluição atmosférica e atingir 90% de cobertura vacinal contra o HPV.

Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Notificações – Viva/Sinan.

### Metas para Acidentes e Violências

- Reduzir em 50% a taxa de mortalidade de ocupantes de motocicletas/triciclos.
- Reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade por homicídios
- Reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade de mulheres por homicídios.
- Reduzir em 1/3 a taxa de mortalidade de jovens (15 a 29 anos) por homicídios.
- Deter o crescimento da mortalidade por suicídios.
- Deter o crescimento da mortalidade de idosos por quedas acidentais.
- Aumentar em 40% o percentual de municípios notificantes no Viva/Sinan.

Fonte: Óbitos – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SVS/MS), População residente – Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/Cgiae. Notificações – Viva/Sinan.

A partir dos indicadores e de suas metas foi criado o bloco das ações estratégicas para promoção da saúde, prevenção, produção do cuidado e assistência para enfrentamento dos fatores de risco para as doenças e agravos não transmissíveis. O bloco apresenta as ações organizadas a partir da vinculação dos fatores de risco para as Dant com os eixos de promoção da saúde, atenção integral à saúde, vigilância em saúde e prevenção das Dant à saúde, que mobilizam várias áreas e setores. As ações são correlatas e específicas para cada tema e objetivam indicar foco e direção para alcance das metas do Plano de Dant. (BRASIL, 2021).

Os temas são relacionados aos fatores de risco para doenças e agravos não transmissíveis (alcoolismo, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, poluição atmosférica, violência e acidentes) e grupos de DCNT (câncer, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas).

### **Eixo Promoção da saúde:**

Está diretamente ligada ao enfrentamento dos determinantes sociais da saúde. É resultante da interação de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos, com o sujeito e o coletivo nos diversos contextos sociais, favoráveis ou não à saúde. A principal estratégia da promoção da saúde é a construção de capacidades de indivíduos e coletivos para maior participação e controle dos processos que incidem diretamente em suas vidas (BRASIL, 2021).

- Elaborar plano de comunicação para a população, estabelecendo canais de comunicação com influenciadores digitais para pautar discussões, contemplando todos os ciclos de vida e relacionando os seguintes temas com a promoção da saúde e a prevenção de doenças crônicas, violências e acidentes: cidades sustentáveis, ambientes saudáveis, saúde e segurança no trabalho, prática de atividade física, qualidade do ar, mudanças climáticas, exposição a químicos, alimentação saudável, prevenção do tabagismo, prevenção do uso abusivo do álcool, cultura de paz, mobilidade sustentável e qualidade do ar, soluções inovadoras em saúde, equidade em saúde, saúde mental e governança em saúde.

- Articular com canais de TV estatais a produção e a veiculação de programas com os temas do Plano de Doenças e Agravos não Transmissíveis (Dant).
- Implementar iniciativas de mensuração de impacto na mudança de comportamento da população em relação às Dant.
- Desenvolver ferramentas digitais para promoção do autocuidado em doenças crônicas, incluindo a obesidade, e de hábitos de vida saudáveis considerando a alimentação adequada e saudável e a prática de atividade física.
- Elaborar e disponibilizar para a rede e ensino da educação básica, itinerários formativos sobre prevenção das DCNT e dos agravos, da promoção da saúde e do desenvolvimento sustentável.
- Estimular o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis no setor de saúde suplementar em articulação com a Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- Estabelecer parcerias com o setor privado para o desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde, saúde mental, segurança no trabalho e prevenção das DCNT para os trabalhadores e empregadores, englobando mudanças nos processos produtivos, nas formas de gestão e organização do trabalho e nos ambientes de trabalho.
- Articular com a iniciativa privada, a sociedade civil e o terceiro setor projetos de baixo custo, de fácil aplicação e de alta efetividade para aumento da prática de atividade física, redução da poluição do ar e de acidentes de trabalho e de trânsito, promoção da saúde mental, prevenção de violências e das DCNT para disponibilizar para estados, Distrito Federal e municípios.
- Elaborar e pactuar termos de um código de ética e conduta para as parcerias público-privadas relativas ao desenvolvimento de iniciativas de promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.

- Propor e desenvolver uma proposta de Convenção-Quadro para prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis para a América do Sul.
- Apoiar a realização de estudos avaliativos sobre efetividade das ações e programas de promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), incluindo ações voltadas a grupos de maior vulnerabilidade para DCNT e a obesidade.
- Disseminar informações e recomendações para que as cidades usem áreas urbanas e planejamento de transporte, com políticas de mobilidade, com vistas à diminuição da poluição do ar, à disponibilidade de modos acessíveis de deslocamento que incorporam atividade física, como caminhar e andar de bicicleta, e ao uso de transporte público.
- Promover a Agenda dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável nos estados, no Distrito Federal e nos municípios na perspectiva de estruturação de processos de planejamento e monitoramento locais.
- Desenvolver e implementar conjunto de iniciativas de Educação Permanente em Saúde (EPS), considerando demandas apontadas pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, por estados, Distrito federal e municípios, voltadas à formação dos profissionais do Sistema Único de Saúde, incluindo os níveis médio e técnico para análise, abordagem, cuidado e prevenção dos fatores de risco para as Dant.
- Promover ações de promoção em saúde e segurança no trabalho considerando intervenções nos fatores de risco ocupacionais, priorizando grupos de trabalhadores mais vulneráveis, como os informais, menores de 18 anos, idosos, gestantes, trabalhadores em situação análoga à escravidão, entre outros.
- Formar e qualificar profissionais de saúde e sociedade civil para desenho e implantação de cidades/territórios inteligentes, saudáveis e sustentáveis

## **Eixo Atenção integral a saúde:**

É um conjunto de ações que engloba promoção da saúde, prevenção de doenças e assistência à saúde em todos os níveis de complexidade, considerando as dimensões biológica, social e cultural dos sujeitos (BRASIL, 2021).

- Fortalecer os mecanismos de verificação de custo-efetividade para a incorporação de novas tecnologias voltadas às DCNT.
- Fortalecer o complexo produtivo da saúde para ampliar a produção de insumos farmacêuticos (fármacos) destinados ao enfrentamento das DCNT.
- Desenvolver estratégias intersetoriais de organização do cuidado em saúde voltadas para gestantes, puérperas, recém-nascidos e crianças de até 02 anos privadas de liberdade.
- Ampliar o acesso ao pré-natal odontológico com objetivo de reduzir a ocorrência de cárie e doença periodontal.
- Fortalecer as práticas integrativas na APS como componente do cuidado em saúde.
- Ampliar estratégias de promoção do envelhecimento saudável ao longo de toda a vida, com inclusão de linha de cuidado e adaptação de processos terapêuticos às especificidades da pessoa idosa.
- Fomentar a qualificação e a ampliação da atuação clínico-assistencial dos profissionais de saúde, com ênfase em equipes multiprofissionais, por meio da elaboração, da implantação e da implementação de linhas de cuidado, diretrizes e protocolos clínicos para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) – hipertensão arterial, diabetes mellitus, sobrepeso e obesidade, tabagismo, câncer de colo do útero e câncer de mama.
- Apoiar os entes federados interessados na implementação do modelo de atenção às pessoas com condições crônicas com ênfase em HAS, diabetes e obesidade desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

- Implantar estratégias de avaliação de risco global para DCNT em usuários vinculados à Atenção Primária em Saúde, para o rastreamento de risco e detecção precoce de doenças crônicas.
- Qualificar a gestão da informação na APS por meio do aperfeiçoamento e do monitoramento das informações do Sisab e avanço da informatização das equipes, considerando a incorporação de informações sobre populações em situação de vulnerabilidade, invisibilidade e iniquidades.
- Coordenar ações de indução da política de atenção psicossocial focadas nas abordagens breves na Atenção Primária à Saúde, com ênfase nos transtornos mentais mais frequentes, eventos agudos, dependência e abuso de álcool e manejo apropriado da cronicidade.
- Desenvolver ações de advocacy junto às Secretarias de Saúde estaduais, do Distrito Federal e dos municípios para inclusão de procedimentos e ações de prevenção de violências, do uso do álcool e do uso do tabaco nas respectivas carteiras de serviços da Atenção Primária em Saúde.
- Apoiar a realização de pesquisas sobre os efeitos da auriculoterapia e outras práticas integrativas e complementares no cuidado em DCNT e seus fatores de risco, abrangendo as pessoas privadas de liberdade e populações em situação de iniquidades.
- Atualizar e implementar as diretrizes clínicas do Ministério da Saúde, com base em evidências e custo-efetividade para linhas de cuidado das principais doenças crônicas: hipertensão, diabetes, sobrepeso e obesidade, tabagismo, acidente vascular encefálico, doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e demais DCNT.
- Desenvolver estratégias de proteção e assistência às pessoas com DCNT em situações de epidemia ou pandemia, com implementação de medidas de proteção ao contágio e garantia ao acesso e continuidade dos cuidados, incluindo-se a aquisição de medicamentos.

## Eixo Vigilância em saúde:

É o conjunto de práticas contínuas e articuladas voltadas para o conhecimento, a previsão, a prevenção e o enfrentamento de problemas de saúde da população de um território determinado relativos a fatores de risco, atuais e potenciais, a acidentes, a incapacidades, a doenças e a agravos à saúde. Inclui, além da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis, a promoção da saúde, a vigilância de agravos (violências e acidentes) e doenças não transmissíveis, a vigilância em saúde ambiental, a vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância das situações de saúde (BRASIL, 2021).

- Criar observatório nacional de violências e acidentes.
- Disponibilizar ferramentas e estratégias de formação em vigilância de doenças e agravos não transmissíveis (Dant) e análise de iniquidades em saúde para profissionais do SUS.
- Apoiar estados e municípios para qualificação da vigilância de Dant, incluindo a qualidade dos dados, a produção e a utilização de informação em saúde à tomada de decisão.
- Incentivar a criação de comitês de investigação de óbitos como estratégia para melhoria da qualidade dos dados.
- Monitorar os casos e os óbitos de intoxicações exógenas acidentais e autoprovocadas por agrotóxicos, metais pesados, produtos de uso domiciliar, produtos químicos, alimentos, raticidas e produtos veterinários e por uso abusivo de álcool e outras drogas.
- Apoiar a estruturação e o fortalecimento da vigilância dos riscos de intoxicação por agrotóxicos, alimentos e metais por trabalhadores rurais, ribeirinhos, agentes de endemias, pescadores, quilombolas e os que trabalham na produção destes.
- Garantir a oferta de vacinas para a prevenção de hepatite B, influenza em idosos, pneumococo e outras comorbidades das DCNT.
- Implantar programa de qualificação da informação e ampliação da captação de procedimentos não registrados no SUS, a construção da interoperabilidade dos sistemas e o

uso da análise de situação de saúde para a tomada de decisão em vigilância de Dant.

- Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030.
- Apoiar financeiramente a realização de estudos avaliativos sobre a efetividade e o impacto econômico das medidas de redução da morbimortalidade e da prevenção de fatores de risco associados às DCNT na APS, incluindo ações voltadas a grupos de maior vulnerabilidade para DCNT.
- Realizar o levantamento epidemiológico das condições de saúde bucal da população brasileira SB BRASIL.
- Publicar Guia de Vigilância de Dant integrada.
- Publicar boletins epidemiológicos sobre temáticas do plano de Dant.
- Realizar anualmente o inquérito telefônico sobre fatores de risco e proteção para as DCNT – Vigitel.
- Promover a implantação de vigilância de Dant (DCNT e agravos) integrada no País.
- Realizar o monitoramento e a divulgação de informações relativas aos indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.
- Propor subsídios e articular a tomada da Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável com a participação do Ministério da Saúde.
- Estimular e subsidiar universidades e instituições de pesquisa públicas para a realização de inquéritos de fatores de risco e proteção para as DCNT em municípios não contemplados pelo Vigitel.
- Realizar a Pesquisa Nacional de Saúde a cada cinco anos, incluindo temas sobre acesso aos serviços e sua utilização, morbidade, fatores de risco e proteção de doenças crônicas, saúde dos idosos, das mulheres e das crianças, bem como fazer medições antropométricas e de pressão arterial e coleta

de material biológico.

- Realizar regularmente a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE).
- Desenvolver e ofertar aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios tecnologia para a interoperabilidade de dados dos sistemas de informação em saúde para qualificar a vigilância de lesões por causas externas.

### **Eixo Prevenção de doenças e agravos à saúde:**

Compreende ações conjuntas entre vigilância e atenção à saúde com o objetivo de estruturar rede de proteção e cuidado com componentes de produção e uso de informações sociais e em saúde; ações antecipadas frente aos fatores de risco das doenças e acidentes; ações intersetoriais que pactuem intervenções estruturantes nas cidades e no campo e lançamento de acordos regulatórios que incidam nos fatores de risco (BRASIL, 2021).

- Desenvolver ações intersetoriais para ampliar a fluoretação das águas de abastecimento público garantindo-se continuidade e teores adequados de fluoreto, objetivando a prevenção da doença cárie dentários.
- Disseminar boas práticas para a prevenção de DCNT e obesidade realizadas na Atenção Primária à Saúde.
- Implementar estratégias de formação dos profissionais de saúde da APS para a detecção precoce de fatores de risco para as DCNT e a obesidade, bem como o desenho de iniciativas para a redução individual e coletiva dos mesmos no território, envolvendo os ciclos de vida.
- Estruturar ações de educação e comunicação relacionadas à alimentação adequada, às práticas corporais e atividade física, à prevenção do uso de tabaco e álcool e demais fatores de risco e à qualificação do cuidado das DNCT, por meio da oferta de:
  1. Estratégias de tele-educação e teleconsultoria para atualização das equipes e apoio no uso de diretrizes clínicas/linhas de cuidado/protocolos.

2. Ações de qualificação profissional para uso de entrevista motivacional, planos de cuidados e autocuidados e práticas corporais/mentais.
3. Ações de educação para pessoas com DCNT e familiares para a construção de modos de vida favoráveis à saúde e ao autocuidado apoiado.
4. Ações de promoção da segurança alimentar e nutricional, prevenção e cessação do uso do álcool e do tabaco e promoção das práticas corporais e atividade física em grupos em situação de vulnerabilidade e iniquidades em saúde, considerando e valorizando as especificidades culturais e regionais dos diferentes grupos e etnias.

Com o objetivo de garantir abrangência e fortalecimento do Plano de Dant como instrumento de apoio ao planejamento para os temas sobre os quais trata, recomenda-se aos entes federados reforçar seus objetivos com base em quatro dimensões estruturantes, educação permanente, implantação e fortalecimento dos serviços de saúde voltados à prevenção das DCNT e dos agravos, construção de parcerias multissetoriais e desenvolvimento de capacidades e habilidades para a geração e uso de informações (BRASIL, 2021).

As metas do Plano de Dant podem ser monitoradas pelos sistemas de saúde e inquéritos nacionais. É importante destacar que elas otimizam o monitoramento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável relacionados à saúde e à prevenção de acidentes e de violências (BRASIL, 2021).

O Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 é um compromisso de todas as esferas de gestão do SUS. É importante destacar que os estados e o distrito federal devem incluir metas locais que não são captadas pelo sistema de informação em saúde nacional (BRASIL, 2021).

O Brasil tem até 2030 para executar o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030. As ações do plano serão executadas dentro da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças

Crônicas Não Transmissíveis – DCNT seguindo as linhas de cuidado e através de parcerias com outras instituições.

Nesse contexto faremos uma análise crítica da Política de prevenção, atenção e controle de DCNT levantando os pontos positivos, negativos e observando o que pode ser melhorado.

O cuidado em saúde de pessoas com doenças crônicas deve se dar de forma integral, e isso, como vimos, só é possível se o cuidado for organizado em rede. Nesse sentido, a Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014, redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, tendo como princípios (BRASIL, 2014):

- I – acesso e acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção;
- II – humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário, baseado nas suas necessidades de saúde;
- III – respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e aos hábitos e cultura locais;
- IV – modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais;
- V – articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, constituindo redes de saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
- VI – atuação territorial, com definição e organização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas nas regiões de saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;
- VII – monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;
- VIII – articulação interfederativa entre os diversos gestores de saúde, mediante atuação solidária, responsável e compartilhada;

- IX – participação e controle social dos usuários sobre os serviços;
- X – autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado;
- XI – equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde;
- XII – formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde; e - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

O objetivo da rede é: realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde); e fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2014).

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas é estruturada pelos seguintes componentes: **atenção básica, atenção especializada**, que se divide em: ambulatorial especializado, hospitalar e urgência e emergência, **sistemas de apoio, sistemas logísticos, regulação e governança**. (BRASIL, 2014)

**A atenção básica** (constitui-se como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, com papel chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado). Compete à atenção básica: (BRASIL, 2014)

- I – realizar o diagnóstico, o rastreamento e o tratamento da sua população adstrita de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local;
- II – prevenir, diagnosticar e tratar precocemente as possíveis complicações decorrentes das doenças crônicas;
- III – encaminhar para a Atenção Especializada os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos em função de complicações decorrentes das doenças crônicas, ou quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, com base no controle dos fatores de risco e no acometimento de órgãos alvo, ou de acordo com diretrizes clínicas, regulação e pactuação locais, considerando-se as necessidades individuais;
- IV – coordenar o cuidado das pessoas com doenças crônicas, mesmo quando referenciadas para outros pontos da Rede de Atenção à Saúde;
- V – acionar a Academia da Saúde e/ou outros equipamentos disponíveis no território como forma de contribuir para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, de acordo com as necessidades identificadas;
- VI – acionar as ferramentas de teleassistência, de teleeducação e regulação vigentes ou outra estratégia local, sempre que necessário, para qualificar a atenção prestada e o eventual direcionamento da demanda dos usuários com doenças crônicas aos demais componentes da Rede de Atenção à Saúde; e
- VII – realizar ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças crônicas de forma intersetorial e com participação popular, considerando os fatores de risco mais prevalentes na população.

A atenção primária à saúde (APS) é o serviço de saúde porta aberta mais próximo ao paciente, o que facilita o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde. O paciente pode chegar à assistência em saúde por livre demanda ou por demanda programada de acordo a necessidade e

gravidade da situação. Quando o território não é coberto pela APS, os indivíduos ficam sem essa porta de entrada no serviço de saúde, consequentemente, migrando para outros serviços de saúde porta aberta que não é o perfil da assistência que o indivíduo necessita.

O Programa Agente Comunitário é muito importante nesse processo saúde-doença. O agente comunitário de saúde (ACS) é o elo entre os indivíduos e seu território com a atenção primária. Através do ACS acontece o cadastramento dos indivíduos e dos domicílios; ações de promoção e prevenção em saúde; repasse de informações de saúde e funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS), assim com coleta de informações na comunidade e que são trazidas para a UBS; busca ativa dos indivíduos que precisam comparecer a UBS por algum motivo, sendo isso muito comum no acompanhamento de DCNT. Quando o território não é coberto de ACS, toda essa assistência deixa de acontecer ou passa a acontecer de forma precária.

O aumento da cobertura da APS no Brasil é um ponto positivo que facilita o acesso dos indivíduos aos equipamentos de saúde. De acordo com as situações acima expostas, o ideal é que todos os territórios fossem 100% cobertos pela APS e por ACS e todos os indivíduos tivessem uma UBS e ACS de referência.

Outro fator positivo na assistência das pessoas com DCNT são as equipes multiprofissionais (eMulti) na APS que são compostas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento (nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, médico, assistente social, farmacêutico clínico, arte educador, fonoaudiólogo, profissional de educação física, sanitária e terapeuta ocupacional) que atuam de maneira complementar e integrada às demais equipes da APS, com atuação corresponsável pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a rede de atenção à saúde (RAS). Incumbe às eMulti, prioritariamente, o desenvolvimento da integralidade das seguintes ações: o atendimento individual, em grupo e domiciliar; as atividades coletivas; o apoio matricial; as discussões de casos; o atendimento compartilhado entre profissionais e equipes; oferta de ações de saúde à distância; a construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território e as práticas intersetoriais. (BRASIL, 2023). A cooperação

das eMulti com a APS fortalece o trabalho de prevenção de doenças e promoção nos territórios, diminui a fila de espera das demandas dessas áreas de conhecimento, assim como qualifica a assistência através do atendimento compartilhado.

**Atenção Especializada**, que se divide em: ambulatorial especializado, hospitalar e urgência e emergência (constitui um conjunto de pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência e emergência e ambulatoriais especializados e hospitalares, apoiando e complementando os serviços da Atenção Básica de forma resolutiva e em tempo oportuno). Compete a atenção especializada: (BRASIL, 2014)

Subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada:

- I – atuar de forma territorial, sendo referência para uma população definida, a partir do perfil epidemiológico das doenças crônicas e das necessidades de saúde da população de cada região, considerando-se os conceitos de escala, no que se refere à economia e à qualidade do cuidado;
- II – prestar assistência ambulatorial eletiva de média e alta densidade tecnológica, de forma multiprofissional, a sua população adstrita que se enquadra nos critérios de encaminhamento para esse ponto de atenção, de acordo com os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional;
- III – prestar apoio matricial às equipes da Atenção Básica, presencialmente ou por meio das ferramentas de teleassistência e de teleeducação vigentes ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais especificamente para essas ações;
- IV – realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de Atenção Básica, bem como comunicar periodicamente os Municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento;

- V – orientar o usuário com relação ao retorno à Atenção Básica e/ ou ao acompanhamento neste ponto de atenção, quando necessário; e
- VI - encaminhar para o subcomponente hospitalar da Atenção Especializada os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos ou internação, em função de complicações decorrentes das doenças crônicas, quando esgotadas as possibilidades terapêuticas no subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada.

Os ambulatórios especializados da atenção especializada recebem as demandas advindas da APS ou da própria atenção especializada. Esses ambulatórios são fundamentais à assistência de paciente com DCNT, pois o tratamento das DCNT requer esse conhecimento especializado. Apesar desse serviço ter evoluído bastante dentro da rede de atenção às DCTN, existe uma demanda bastante reprimida gerando uma fila de espera que prejudica a condução e o prognóstico das DCNT, que pode melhorar com a expansão da oferta de serviço mais necessários. A contrarreferência em casos de alta para os serviços da APS ocorre de forma muito discreta. Na maioria das vezes, os profissionais da APS não têm esse retorno. A criação de meios que só permitam a finalização do atendimento ou conclusão do tratamento mediante emissão de ficha de contrarreferência pode ser adotado nos serviços de saúde especializados.

Subcomponente hospitalar da Atenção Especializada:

- I – realizar avaliação e tratamento dos casos referenciados pela Atenção Básica ou pelo subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnósticos ou internação e tratamento das complicações decorrentes das doenças crônicas;
- II – prestar cuidado integral e multiprofissional às internações eletivas ou de urgência de pessoas com doenças crônicas, encaminhadas ou não de outro ponto de atenção, conforme os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas

pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional;

- III – programar alta hospitalar com a participação da equipe multiprofissional, realizando orientações com foco no autocuidado;
- IV – realizar contrarreferência e orientar o retorno dos usuários, em casos de alta, para os serviços da Atenção Básica e/ou do subcomponente ambulatorial especializado da Atenção Especializada, bem como comunicar periodicamente os Municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; e
- V – prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio das ferramentas de teleassistência e de teleeducação vigentes ou de outras estratégias locais, dedicando parte da carga horária dos profissionais especificamente para essas ações.

O funcionamento dos hospitais de grande porte, com alto poder de resolutividade dentro das regiões de saúde, garante acesso e assistência integral aos pacientes, principalmente os pacientes com DCNT, da atenção hospitalar. Esse modelo hospitalar regionalizado diminui as filas de espera de cirurgias eletivas e recebe as demandas oriundas da rede de urgência e emergência com mais rapidez.

Subcomponente urgência e emergência da Atenção Especializada:

- I – prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento dos indivíduos com complicações agudas decorrentes das doenças crônicas a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento e classificação de riscos e vulnerabilidades; e
- II – realizar referência e contrarreferência para os demais pontos de atenção à saúde, de acordo com cada caso.

A rede de urgência e emergência (UPA-Unidade de pronto atendimento 24h; SAMU-serviço de atendimento móvel e Unidade hospita-

lar-emergência) é fundamental para pessoas com DCNT. Essa rede garante respostas rápidas em tempo oportuno, consequentemente aumenta a sobrevivência desses pacientes. A assistência de urgência e emergência da atenção especializada pode ser otimizada com a qualificação dos profissionais, aumento e manutenção da frota de viatura e seus equipamentos e resolutividade da demanda dentro da região de saúde adscrita.

São competências comuns do componente da Atenção Básica e dos subcomponentes ambulatorial especializado e hospitalar da Atenção Especializada:

- I – planejar o cuidado considerando a avaliação da vulnerabilidade e da capacidade de autocuidado das pessoas com doenças crônicas;
- II – organizar as ações que promovam os cuidados paliativos, quando couber, nas linhas de cuidado definidas para cada doença crônica, apoiando o cuidado e articulando com os demais pontos de atenção;
- III – garantir o acesso aos medicamentos e insumos para o tratamento das doenças crônicas, de acordo com as atribuições do ponto de atenção e de acordo com a RENAME;
- IV – registrar as informações referentes às pessoas e às ações relacionadas às doenças crônicas nos sistemas de informação vigentes, quando couber;
- V – manter comunicação com as equipes multiprofissionais dos demais pontos de atenção que compõem a linha de cuidado;
- VI – realizar o primeiro atendimento de urgência e emergência e encaminhar os indivíduos com complicações agudas a outros serviços e/ou pontos de atenção, conforme necessidade individual; e
- VII – oferecer acompanhamento multiprofissional e programar a realização de consultas e de exames de acordo com a necessidade individual, os protocolos e as diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local, no âmbito da sua atuação.

**Sistemas de Apoio** (constituem sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, tais como patologia clínica e imagens e de assistência farmacêutica). Compete aos Sistemas de Apoio: (BRASIL, 2014)

- I – realizar apoio diagnóstico e terapêutico das solicitações provenientes de todos os pontos de atenção, de acordo com as pactuações locais ou regionais definidas com base nos protocolos e nas diretrizes clínicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou elaboradas pelo nível local ou regional; e
- II – prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico das pessoas com doenças crônicas, considerando-se a forma de organização da gestão local e regional, as necessidades de saúde locais e a RENAME.

O apoio diagnóstico e terapêutico é necessário para o diagnóstico, condução e monitoramento das DCNT. O SUS disponibiliza uma gama de exames, porém o acesso é muito difícil. A demora no acesso a esse apoio gera uma longa fila de espera e prejudica a assistência prestada ao paciente.

O Programa de Assistência Farmacêutica é garantido ao paciente de forma tripartite. A ampliação da RENAME é um ponto positivo na política das pessoas com DCNT, considerando que os medicamentos utilizados por esses pacientes devem ocorrer de forma contínua em sua maioria. Desse modo, a falta dessas medicações pode levar o indivíduo parar o tratamento ou o aumento do absenteísmo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Portanto a garantia de medicação para o tratamento do indivíduo é um fator que contribui com adesão ao tratamento e fortalece o vínculo com a UBS. Do mesmo modo ocorre com as vacinas disponibilizadas pelo Programa Nacional de imunização (PNI).

A população brasileira tem direito as medicações básicas, especializada e de alto custo. O acesso à assistência farmacêutica poderia ser otimizado com a melhoria dos processos de compras, desburocratização e descentralização da medicação de alto custo.

**Sistemas Logísticos** (constituem soluções em saúde, em geral relacionadas às tecnologias de informação, integradas pelos sistemas de

identificação e de acompanhamento dos usuários, o registro eletrônico em saúde, os sistemas de transporte sanitários e os sistemas de informação em saúde). Compete aos Sistemas Logísticos: (BRASIL, 2014)

- I – operacionalizar a implementação de sistemas de informação que permitam o acompanhamento do cuidado, a gestão de casos, o apoio às decisões clínicas e a regulação do acesso aos serviços da Atenção Especializada, assim como o monitoramento e a avaliação das ações e serviços; e
- II – organizar sistema de transporte sanitário, por meio de pactuações nas Comissões Intergestores Regionais (CIR) e/ou nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), que permita o fluxo adequado dos usuários com doenças crônicas entre os pontos de atenção, tanto na urgência quanto nas ações eletivas, por meio de veículos adaptados, quando necessário.

A garantia do transporte sanitário por direito, também garantiu ao cidadão o acesso aos serviços, diminuição do absenteísmo e assistência prestada. Muitos pacientes só conseguem ter acesso aos serviços de saúde mais longínquos através do transporte sanitário.

**Regulação** (constitui o componente de gestão para qualificar a demanda e a assistência prestada, otimizar a organização da oferta e promover a equidade no acesso às ações e serviços de saúde, especialmente os de maior densidade tecnológica, e auxiliar no monitoramento e avaliação dos pactos intergestores). Compete à Regulação: (BRASIL, 2014)

- I – garantir o acesso às ações e aos serviços de saúde de média e de alta densidade tecnológica, necessários ao cuidado integral dos usuários com doenças crônicas, por meio das Centrais de Regulação ou Complexos Reguladores ou de acordo com a pactuação local, garantindo a equidade

no acesso, em tempo oportuno, independentemente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde, levando em consideração a estratificação de risco e as diretrizes clínicas definidas pela gestão federal, regional ou local.

O sistema de regulação otimizou o acesso e a equidade da assistência devido a classificação de risco. Antes os pacientes eram transferidos sem a garantia de vagas nos hospitais. E muitas vezes só conseguia um leito depois de várias tentativas em vários hospitais. Mas ainda temos que melhorar bastante para garantir o tempo oportuno da assistência e a integração entre as regulações.

**Governança** constitui a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. (BRASIL, 2014)

Todos os pontos de atenção à saúde, em especial os que integram os componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, prestarão o cuidado aos usuários com doenças crônicas agudizadas em ambiente adequado até a transferência ou encaminhamento dos usuários a outros pontos de atenção, quando necessário. (BRASIL, 2014)

A implantação da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas se dará por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, considerando os agravos de maior magnitude. No âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, as linhas de cuidado deverão expressar: os fluxos assistenciais que precisam ser garantidos ao usuário a fim de atender às necessidades de saúde relacionadas a uma condição crônica e definir as ações e os serviços que serão ofertados por cada componente da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, baseadas em diretrizes clínicas e de acordo com a realidade de cada região de saúde, sempre considerando as evidências científicas sobre o tema de que trata. (BRASIL, 2014)

As linhas de cuidado apontam as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, levando em consideração a estratificação dos riscos.

A Linha de Cuidado caracteriza-se por padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema, nas quais: descrevem rotinas do itinerário do paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde; viabilizam a comunicação entre as equipes, serviços e usuários de uma Rede de Atenção à Saúde, com foco na padronização de ações, organizando um contínuo assistencial. As Linhas de Cuidado foram desenvolvidas sob a perspectiva do cenário de saúde pública brasileira, sua implantação deve ter a Atenção Primária em Saúde como gestora dos fluxos assistenciais, sendo responsável pela coordenação do cuidado e ordenamento das Redes de Atenção à Saúde. É importante considerar o papel de referência regional, na interface intermunicipal, que as unidades já exerçam nas regiões de saúde.

O plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de DANT), apresenta-se como diretriz para a prevenção dos fatores de risco das DANT e para a promoção da saúde da população com vistas a dirimir desigualdades em saúde. Cabem em seu escopo a criação e o fortalecimento de políticas e programas intersetoriais, a estratégia de organização de serviços em rede, a construção de governança de processos, a produção de informações direcionadas à tomada de decisão baseada em evidências, o controle social e a inovação na gestão, na pesquisa e nos serviços de saúde (BRASIL, 2021).

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 que aborda os quatro principais grupos de DCNT (doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas) e seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física) estão as diretrizes e ações em: a) Promoção da saúde; b) Atenção integral à saúde; c) Vigilância em Saúde; e d) Prevenção de doenças e agravos e determina os indicadores e metas a serem cumpridos até 2030. (BRASIL, 2021)

Dentro do plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil, 2021-2030 (Plano de DANT) podemos destacar vários pontos positivos:

A intersetorialidade das ações garante várias mudanças de forma sincronizada e uniforme para a população, tais como promover a implantação nacional de iniciativas articuladas com os serviços públicos de saúde, segurança pública, educação, meio ambiente e assistência social, mercado e o terceiro setor para aumento da prática de atividade física, redução de sal e açúcar em alimentos industrializados, consumo de alimentos saudáveis, redução do tabagismo e consumo de álcool na população.

Educação permanente e qualificação profissional implica numa assistência à saúde de qualidade, uso das linhas do cuidado e implantação de protocolos.

As ações desse plano são muito focadas na qualidade dos serviços ofertados. O plano vislumbra aperfeiçoar o rastreamento de câncer de colo uterino e de mama e evoluir do modelo oportunístico para o modelo organizado, com controle de qualidade da mamografia, confirmação diagnóstica e encaminhamento tempestivo dos casos confirmados de câncer para o nível terciário. (BRASIL, 2021)

Ampliação de faixa etária da vacina HPV demonstra que o plano já está acontecendo.

O cuidado e o autocuidado devem se fazer presente em todos os pontos da rede de atenção da pessoa com DCNT. Desde sua entrada na APS até alta na Unidade Hospitalar.

O PTS (Projeto terapêutico singular) traz consigo a oportunidade de um tratamento diferenciado e singular para cada indivíduo, mesmo a doença sendo comum, com iniciativas na APS sobre atividade física, alimentação saudável, cessação do uso de tabaco e derivados e autocuidado para os principais grupos de DCNT.

O rastreamento é fundamental para a detecção precoce das DCNT e aumentar a probabilidade de melhor prognóstico e controle de DCNT.

A organização, expansão e investimento na regionalização da saúde garante melhor acesso da população aos serviços de saúde, principalmente os serviços de alta complexidade como tratamento do câncer em geral.

## CASO DE APLICAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

O Estado do Ceará nos traz uma aplicação positiva da política de prevenção, atenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis - DCNT. O Estado está organizado em cinco Regiões de Saúde bem definidas (Fortaleza, Sobral, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste Jaguaribe). O Estado possui uma APS bem distribuída com cobertura, em dezembro de 2020, de 87,80 % (BRASIL, 2021), que referencia suas demandas especializadas (exames e consultas especializados) através do sistema de regulação para os ambulatorios municipais, especializados, serviço de urgência e emergência, Consórcios Públicos de Saúde (Policlínicas e Ceo), e para os Hospitais Regionais. Atualmente, esses hospitais atendem todas as demandas dos quatro principais grupos de DCNT (doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

A Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe tem o Hospital Regional Vale do Jaguaribe. Em outubro de 2023 o hospital inaugurou o serviço de oncologia que recebe os pacientes advindos dos municípios que compõem a Região. Com exceção da radioterapia, que ainda acontece na Região de Fortaleza, a assistência ao paciente oncológico acontece na própria Região de Saúde Litoral Leste Jaguaribe. A descentralização do serviço de oncologia facilita o acesso do paciente ao diagnóstico e tratamento.

## REFERÊNCIAS

BARRETO, M. da S. , CARREIRA, L. , & MARCON, S. S. (2015, janeiro-março). Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairos Gerontologia*, 18(1), pp. 325-339. ISSN 1516-2567. ISSN e 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

BRASIL. Ministério da Saúde. . Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 27p.

BRASIL. Decreto nº. 3.189, de 04 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o Exercício da Atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS),

e dá outras providências. Disponível em: <legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao>. Acesso em: 17 de janeiro de 2024.

BRASIL. Decreto nº 5.658, de 02 de janeiro de 2006. Promulga a Convenção Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 648/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica e revisa diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da saúde. Programa Farmácia Popular do Brasil. Manual de informação às unidades credenciadas ao sistema de pagamento. Brasília - DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de alimentação e nutrição. 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Decreto n. 6286/2007, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 de dezembro de 2007b. Disponível em: [http:// Decreto/D6286. htm](http://Decreto/D6286.htm). Acesso em: 18 de janeiro 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde,

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Decreto no 7. 508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8. 080, de

19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 de junho de 2011, Seção 1. p. 1.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL. Portaria nº 2681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2013, 8 novembro 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à

Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35) ISBN 978-85-334-2114-1

BRASIL, 2014. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: . Acesso em: 19 jan, 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação no 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017: Portaria MS/GM nº 2.979 de 12/11/19. Brasília, DF: MS, 2019.

BRASIL, 2021. MS. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Linhas de cuidado. Disponível em: . gov Acesso em: 20 jan, 2024

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual instrutivo de financiamento do APS [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. xxx p. : il. Modo de acesso: World Wide Web: ISBN XXXX

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças

Não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p. : il.  
Modo de acesso: World sWide Web: agravos\_2021\_2030. pdf  
ISBN 978-65-5993-109-5

BRASIL, 2023. Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. . Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: . Acesso em: 22 jan, 2024

CAMPOS, GW. SUS: o que é e como fazer? Ciên Saúde Colet. 2018,23(6):1707-14. PMID:29972476.

CHIESA, A. M. , FRACOLLI, L. A. O trabalho dos Agentes Comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. Revista de Saúde da Família. Brasília, ano V, n. 7, ed. esp. , jan. 2003 a abr. 2004.

COELHO, A. C. R, Leite, M. V, Carneiro, K. F. P, MENDONÇA, J. R. B, MESQUITA,

L. K. M, VASCONCELOS, T. B. Os principais desafios das políticas públicas de saúde para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis em municípios do Nordeste brasileiro. Cad Saúde Colet, 2023, 31 (2):e31020095.

VASCONCELOS, A. M. N. , GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

*Cora Franklina do Carmo Furtado; Francisco Sonyanderson da Silva; Gerson Bruno Soares; Isabel Cristina Veras Aguiar; Lídia Adrade Lourinho; Tereza Galgany Gomes Tavares; Valter Cordeiro Barbosa Filho*

## INTRODUÇÃO

Garantir a universalidade e integralidade diante de um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais representam um grande desafio para os gestores.

É clara a necessidade de o gestor público da saúde conhecer as regras e normas legais que orientam a movimentação dos recursos destinados às ações e aos serviços de saúde, como também as modalidades de transferências e de aplicação desses recursos, que garantirão a correta e ideal gestão orçamentária e financeira do SUS no município.

O financiamento da saúde é tripartite, sendo que os recursos são advindos das fontes federais, estaduais e municipais, além de outras fontes como doações, isto quer dizer que, independentemente do nível de complexidade do sistema de saúde, todos os entes são corresponsáveis.

A responsabilidade do financiamento do sistema Único de Saúde (SUS) é tripartite, ou seja, das três esferas de governo: federal, estadual e municipal, por meio da vinculação de orçamento da seguridade social. De acordo com a Lei 141/2012, os municípios devem investir no mínimo 15% de suas receitas e, os estados 12%. Para a União ficou definida uma regra específica, de que deverá investir o mesmo valor do ano anterior adicionado da variação nominal do PIB (Produto Interno Bruto).

Legislação:

- **Constituição Federal 1988** – criação do SUS.
- **Lei nº 8.080/1990** – Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes.

- **Lei nº 8.142/1990** – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
- **Emenda Constitucional 29/2000** – Dispõe sobre os recursos mínimos para o financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).
- **Portaria 204/2007** – Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ASPS, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.
- **Decreto 7.508/2011** – Regulamenta a Lei 8.080/1990, a fim de tratar da organização do SUS, do planejamento da saúde, da assistência à saúde e da articulação interfederativa.
- **Lei Complementar 141/2012** – Regulamenta o §3º do art. 198 da CF para dispor sobre valores mínimos, critérios de rateio, normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas.
- **Emenda Constitucional 86/2015** – Altera os arts. 165, 166 e 198 da CF, com o intuito de tornar obrigatória a execução da programação orçamentária.
- **Emenda Constitucional 95/2016** – Institui o Novo Regime Fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social da União, que vigorará por vinte exercícios financeiros.
- **Portaria 3.992/2017** – Dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ASPS do SUS.
- **Portaria 2.979/2019** – Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS.

As políticas públicas são planejadas e executadas por diversos órgãos e entidades que compõem o poder público. São ações e programas que são desenvolvidos pelo Estado (Poderes Legislativo, Executivo e Judiciário) para garantir e colocar em prática direitos que são previstos na Constituição Federal e em outras leis. São medidas e programas

criados pelos governos dedicados a garantir o bem-estar da população (MACEDO, 2018).

O SUS é uma conquista da sociedade brasileira e foi criado com a justificativa do firme propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento a todos os indivíduos.

O acesso universal à saúde pública exige um padrão de financiamento que repõe cotidianamente a necessidade do aumento de recursos investidos no SUS, bem como a superação da relação estreita entre o público e o privado, onde a esfera privada cada vez mais, assume a gestão desses serviços.

Antes de 1988, O sistema público de saúde atendia a quem contribuía para a Previdência Social. Quem não tinha dinheiro dependia da caridade e da filantropia. O atendimento dos hospitais públicos estava restrito a aproximadamente 30 milhões de brasileiros. Com a Constituição de 1988, mais de 70 milhões de pessoas passaram a ter direito ao atendimento pelo Sistema Único de Saúde. Hoje O SUS beneficia mais de 190 milhões de brasileiros (CCMS, 2016).

Com o advento da Lei n.º 8.080, de 19 de Setembro de 1990 (BRASIL, 1990), as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes e princípios da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, garantido integralidade e igualdade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, descentralizando o político-administrativo com direção única em cada esfera de governo, conjugando os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população.

## **ACHADOS E ANÁLISE CRÍTICA**

As políticas públicas afetam a todos os cidadãos, de todas as esferas, independente de sexo, raça, religião ou nível social. Com o

aprofundamento e a expansão da democracia, as responsabilidades do representante popular se diversificaram. Hoje, é comum dizer que sua função é promover o bem-estar da sociedade. O bem-estar da sociedade está relacionado a ações bem desenvolvidas e à sua execução em áreas como saúde, educação, meio ambiente, habitação, assistência social, lazer, transporte e segurança, ou seja, deve-se contemplar a qualidade de vida como um todo. E é a partir desse princípio que, para atingir resultados satisfatórios em diferentes áreas, os governos (federal, estaduais ou municipais) se utilizam das políticas públicas (MACEDO, 2018).

O sistema público de saúde é um direito para todos, desde a gestação e por toda a vida, com atenção integral à saúde sem discriminação. Mais de 190 milhões de pessoas têm no SUS o seu único acesso aos serviços de saúde. Sendo beneficiada com vigilância em saúde, sanitária e ambiental, assistência farmacêutica, serviço de atenção básica, distribuição de medicamentos essenciais, bancos de sangue e muitas outras assistências.

Os serviços de atendimento hospitalar público do SUS contam com mais de 6.528 hospitais credenciados (públicos, privados e filantrópicos) e 38 mil Unidades Básicas de Saúde, responsáveis por realizarem 75% dos procedimentos de alta complexidade no País. O SUS não é apenas assistência médico-hospitalar. Também desenvolve uma grande relevância, nas cidades, no interior, nas fronteiras, portos e aeroportos, outras ações importantes como a prevenção, a vacinação e o controle das doenças. Faz vigilância permanente nas condições sanitárias, no saneamento, nos ambientes, na segurança do trabalho, na higiene dos estabelecimentos e serviços. Regula o registro de medicamentos, insu- mos e equipamentos, controla a qualidade dos alimentos e sua manipulação. Normaliza serviços e define padrões para garantir maior proteção à saúde. O SUS soma mais vida aumentando a expectativa de vida dos brasileiros, multiplicando atenção básica e saúde bucal, diminuindo a mortalidade infantil, distribuindo mais vacinas e medicamentos.

A História da Saúde Pública no Brasil tem sido marcada por sucessivas reorganizações administrativas e edições de muitas normas. Da instalação da colônia até a década de 1930, as ações eram desenvolvidas sem significativa organização institucional. A partir daí iniciou-se uma

série de transformações, foram criados e extintos diversos órgãos de prevenção e controle de doenças. Imergir na trajetória histórica das políticas públicas no Brasil, nos faz ver o caminho seguido, as lutas enfrentadas até o alcance do Estado Democrático de Direito, onde a garantia dos direitos fundamentais e sociais estão elencados na Constituição Federal.

O Estado se tornou o sujeito responsável em garantir a paz e o bem-estar social de seu cidadão, através da criação de Políticas Públicas capazes de efetivar e garantir os direitos, de forma plena e satisfatória. A trajetória histórica das políticas públicas teve início no período colonial (1500 a 1822). No início desse período as doenças eram entendidas como castigo ou provação e estavam fortemente ligadas a crenças e práticas religiosas, sendo o curandeirismo o principal modelo de saúde. A manipulação de plantas, uso de banhos, inalação de vapores e outras práticas, eram desenvolvidas por pajés (sistema de saúde encontrado no período pré-colonial) (FUNASA,2017).

Com a vinda dos padres jesuítas ao Brasil, surgiram as primeiras Santas Casas de Misericórdia, em Santos (1543) e em Salvador (1549), a saúde passa a ter caráter assistencialista, onde algumas doenças passam a ser tratadas nas enfermarias das Santas Casas.

Neste período, predomina a noção de assistência à saúde como prática de caridade. Com a chegada da Família Real ao Brasil (1808), instituiu-se no país políticas médicas de intervenção na condição de vida e saúde da população, com ênfase na vigilância e controle das epidemias. Nesta época, houve forte influência da teoria miasmática na Europa, o que repercutiu no modelo de saúde vigente, creditando aos meios físicos como a água e o ar a origem das doenças.

Brasil Império (1822-1889). Após a Independência, foi promulgada, em 30 de agosto de 1828, a lei de Municipalização dos Serviços de Saúde, que conferiu em 1829 às Juntas de higiene Pública Municipais. Que tinham por atribuição propor o que fosse necessário para a salubridade nas cidades, bem como indicar medidas que se convertessem em posturas municipais e exercer a polícia médica nas visitas às embarcações, boticas, lojas de drogas, mercados, armazéns e em todos os lugares, estabelecimentos e casas que pudessem provocar danos à saúde pública.

A invenção do microscópio e a descoberta de microrganismos

revolucionou as práticas de saúde. O período entendido como Era Bacteriológica, traz a superação da teoria miasmática e atribui a gênese das doenças aos microrganismos, propondo a Teoria da Unicausalidade, que defendia que a doença se baseava na existência de apenas um agente causador de agravo ou doença. A lei que criou a Junta Central de Higiene Pública, subordinada ao Ministro do Império foi promulgada e o Decreto nº 752, de 8/1/1851 instituiu ao Ministério do Império um crédito extraordinário para despesas com providências sanitárias tendentes a atalhar o progresso da febre amarela a prevenir o seu reaparecimento e a socorrer os enfermos necessitados.

A República Velha corresponde ao período de 1889-1930. Nesse período a Revolução Industrial determinou uma profunda repercussão na estrutura social da humanidade e sobre a saúde pública, trazendo consequências graves, pois as populações foram deslocadas das pequenas comunidades rurais e trazidas em massa para os centros urbanos em formação, o que criou condições propícias aos graves surtos de doenças epidêmicas. Em 24 de fevereiro de 1891, foi promulgada a primeira Constituição republicana do Brasil, denominada Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil.

Algumas de suas principais características foram: a consagração da tripartição dos Poderes; a separação do Estado e a Igreja; a garantia do direito à propriedade, dentre outros direitos e garantias fundamentais. No que se refere à saúde, na Constituição de 1891, não houve avanços substanciais, uma vez que a Assembleia Constituinte esteve mais focada na mudança das formas de Estado e governo, na criação da República, o que elencou deveres negativos ao Estado (JUNIOR 2013). Em 25 de maio de 1900, o Instituto Soroterápico Federal foi criado, com o objetivo de fabricar soros e vacinas contra a peste bubônica que teve início 1899.

Em 1902 o Presidente Rodrigues Alves, elegeu Oswaldo Cruz para a Diretoria Geral de Saúde Pública, o que iria inaugurar a nova era para a higiene nacional. Ampliou as atividades do Instituto Soroterápico Federal, que não mais se restringiu à fabricação de soros, mas passou a dedicar-se também à pesquisa básica e qualificação de recursos humanos. Em 1903, Oswaldo Cruz foi nomeado Diretor-Geral de Saú-

de Pública, cargo que corresponde atualmente ao de Ministro da Saúde. Utilizando o Instituto Soroterápico Federal como base de apoio técnico-científico, deflagrou suas memoráveis campanhas de saneamento.

Seu primeiro adversário: a febre amarela, que angariara para o Rio a reputação de Túmulo dos Estrangeiros e que matou, de 1897 a 1906, quatro mil imigrantes, assim estruturou a campanha contra a febre amarela as brigadas; mata-mosquitos percorriam a cidade, limpando calhas e telhados, exigindo providências para proteção de caixas de água, colocando petróleo em ralos e bueiros e acabando com depósitos de larvas e mosquitos.

Nas áreas de foco, expurgavam as casas, pela queima de enxofre e piretro e providenciavam o isolamento domiciliar dos doentes ou sua remoção para o Hospital São Sebastião Nesse mesmo ano, 1904, uma epidemia de varíola assolou a capital. Embora uma lei prevendo imunização compulsória das crianças contra a doença estivesse em vigor desde 1837, ela nunca fora cumprida.

Assim, a 29 de junho de 1904, o Governo enviou ao Congresso projeto reinstaurando a obrigatoriedade de vacinação antivariólica. Suas cláusulas previam vacinação antes dos seis meses de idade e para todos os militares, revacinação de sete em sete anos e exigência de atestado de imunização para candidatos a quaisquer cargos ou funções públicas, para quem quisesse se casar, viajar ou matricular-se numa escola.

Davam ainda à polícia sanitária poderes para convidar todos os moradores de uma área de foco a se imunizarem. Quem se recusasse seria submetido à observação médica em local apropriado, pagando as despesas de estadia. O projeto estipulava ainda punições e multas para médicos que emitissem atestados falsos de vacinação e revacinação, obrigava diretores de colégio a obedecerem às disposições sobre imunização dos estudantes e instituiu a comunicação de todos os registros de nascimento.

Estas medidas draconianas estarreceram a população e a oposição a Oswaldo Cruz atingiu seu ápice. Os jornais lançaram violenta campanha contra a medida. Parlamentares e associações de trabalhadores protestaram e foi organizada a Liga Contra a Vacinação Obrigatória. No dia 13 de novembro de 1904, estourou

a Revolta da Vacina. Choques com a polícia, greves, barricadas, quebra-quebra, tiroteios nas ruas, a população se levantou contra o governo.

No dia 14, a Escola Militar da Praia Vermelha aderiu à rebelião, mas após intenso tiroteio os cadetes foram dispersados. No bairro da Saúde, no Porto Arthur carioca, os protestos continuaram. Finalmente, o Governo decretou estado de sítio e, no dia 16, conseguiu derrotar o levante, mas suspendeu a obrigatoriedade da vacina. No ano de 1907 foi criado o Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos (atual Instituto Oswaldo Cruz). A febre amarela foi erradicada do Rio de Janeiro, e em setembro de 1907, no IV Congresso Internacional de Higiene e Demografia de Berlim, Oswaldo Cruz recebeu a medalha de ouro pelo trabalho de saneamento do Rio de Janeiro.

Assim um novo decreto de nº 1.802, de 12/12/190 estabeleceu normas e estratégias para o controle dos mosquitos e vetores da febre amarela em 1908 o Instituto Soroterápico Federal foi rebatizado como Instituto Oswaldo Cruz e uma violenta epidemia de varíola levou a população em massa aos postos de vacinação. Oswaldo Cruz reformou o Código Sanitário e reestruturou todos os órgãos de saúde e higiene do país. Em 1918 houve a pandemia da gripe espanhola, também conhecida como gripe de 1918, foi uma vasta e mortal pandemia do vírus Influenza.

O ano de 1920, trouxe um novo marco importante a Reforma sanitária brasileira. Carlos Chagas reorganizou os Serviços de Saúde Pública, criou o Departamento Nacional de Saúde Pública. Em 1923 a Lei Eloy Chaves, de 1923, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAPs), foi um marco nas políticas sociais no Brasil.

Ela decorre do movimento grevista operário, sendo as CAPs organizadas por empresas, geridas e financiadas por trabalhadores e empresários que ofereciam benefícios pecuniários, como os serviços de saúde destinados a alguns empregados que tinham importância estratégica para a economia.

Como vantagens para seus segurados, as CAPs ofereciam seguridade social, serviço médico-assistencial e medicamentos. 1928 houve um surto de Febre amarela que é uma doença infecciosa, de gravidade

variável, causada por um arbovírus do gênero *Flavivirus* febricida da família *Flaviviridae*, cujo reservatório natural são os primatas não humanos que habitam florestas e matas tropicais.

Estudos genéticos demonstraram que esse vírus surgiu na África, há cerca de três mil anos e chegou no Brasil nos navios que traziam escravos para trabalhar nas minas e na lavoura, numa época em que as cidades não dispunham de saneamento básico e estavam infestadas de mosquitos.

O resultado desse encontro do vírus da febre amarela com os mosquitos urbanos trouxe trágicas conseqüências para a saúde da população. Era Vargas (1930-1964). Em 1930 Getúlio Vargas assumiu a Presidência da República, suspendeu a Constituição de 1891 e governou por meio de decretos até 1934 quando o Congresso Constituinte aprovou uma nova Constituição.

Essa época tornou-se muito importante para a história do nosso país, devido a criação da Consolidação das Leis trabalhistas (CLT), que trouxe mais segurança para o trabalhador. Com a criação do Ministério do Trabalho (1937), teve início o sindicalismo e a organização dos trabalhadores por classes funcionais.

Na saúde, foi criado o Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAP). Para a saúde esse período foi marcado pelo início da transição demográfica e epidemiológica. A expectativa de vida aumentou, principalmente pela redução da mortalidade por doenças infecciosas, e havia prevalência de doenças da pobreza, além do surgimento de doenças crônicas, como problemas cardíacos e neoplasias, e o aumento de acidentes e da violência (FUNASA 2017).

Em 1939 a regulamentação da justiça do trabalho e em 1943 a consolidação das Leis trabalhistas. Em 1945 foi o fim da Era Vargas e em 1946, o início da Democracia. Em 1950 a saúde do povo era integralmente reconhecida como importante função administrativa de governo.

Quanto melhores as condições de saúde da população, tanto maiores seriam as possibilidades econômicas de um país. Em 1953, houve a criação do Ministério da Saúde (MS), regulamentado pelo Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953 (Lei nº 1.920, de 25/7/1953)

A Lei nº 2.312, de 3/ 9/1954 estabeleceu normas gerais sobre a defesa e proteção da saúde, em seu art.1º refere que é dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo.

O Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERu), foi criado no ano de 1956 e incorporou os programas existentes, sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (febre amarela, malária e peste) e da Divisão de Organização Sanitária (bouba, esquistossomose e tracoma), órgãos do novo Ministério da Saúde (Lei nº 2.743, de 6/3/1956).

Em 1958, criação do Grupo de Trabalho para a Erradicação da Malária (Gtem) e Lepra. O Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) foi criado em 1963, por haver um forte posicionamento do então presidente João Goulart para um movimento do governo pela Reforma Agrária.

O FUNRURAL é uma contribuição social Rural, de caráter previdenciário. A 3ª Conferência Nacional de saúde aconteceu no ano de 1963 devido a necessidade de uma Política Nacional de Saúde, com vistas à descentralização e à municipalização das ações no período de 1964 a 1985, o país viveu a ditadura militar. Esse tempo foi marcado por um regime de exceção, com uma série de medidas antidemocráticas e ações coercitivas, que iam do fechamento do Congresso Nacional até a suspensão das liberdades individuais.

Por volta de 1970 o Estado começa a assumir de maneira mais atuante seu papel de promotor do bem-estar social (Santos 1987). Devido a crescente concentração do capital financeiro, trazido pelo capitalismo, houve um aumento da pobreza e conseqüentemente a exclusão da maioria da população.

As condições de saúde eram precárias e coexistiam as doenças da pobreza e as doenças da modernidade, ganhando destaque as doenças cardiovasculares. A saúde pública era limitada e de baixa qualidade. O Ministério da Saúde se encarregava da redução dos agravos imunopreveníveis, atendimento em programas específicos como o controle de doenças como tuberculose e hanseníase, enquanto a assistência à saúde era oferecida pela medicina previdenciária-privatista aos contribuintes dos IAPs e seus familiares.

Como tentativa de reordenar o sistema, as ações da Previdência foram divididas em órgãos especializados. Assim, criou-se o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), que congregou o Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), criado pela fusão das IAPs, e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS).

O INAMPS prestava assistência médica previdenciária restritamente aos trabalhadores que exerciam atividade remunerada e aos seus dependentes, sendo a atenção à saúde centrada na doença e em procedimentos. Em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), que implementou o Plano de Pronto Ação, possibilitando às clínicas e hospitais privados contratados pela Previdência a atender casos de urgência de qualquer indivíduo, segurados ou não pela Previdência. O modelo implantado pela ditadura entra em crise e em 1975, é feita a proposta de criação do Sistema Nacional de Saúde através da lei 6.229/75 durante a V Conferência Nacional de Saúde.

## **CASO DE APLICAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA**

Em 1991 a rede de atenção básica em saúde foi estruturada com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. 1992 foi aprovação da Norma 1993 descentralização e municipalização dos serviços e a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Em 1994 foi estruturação o programa de Saúde da Família com equipes multidisciplinares atuando nas comunidades.

Em 1995 foi regulamentado o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS e em 1996 a população teve acesso e distribuição de medicamentos aos portadores de HIV/aids. No mesmo ano foi redefinido o modelo de gestão do SUS que disciplina as relações entre União, estados, municípios e Distrito Federal.

Em 1999 foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) – uma nova etapa no registro e fiscalização de medicamentos e alimentos. Em 2000 se deu a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar e a Regulamentação do setor privado de saúde. O SUS é uma conquista da sociedade brasileira e foi criado com o firme propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na

assistência à saúde da população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento a todos os indivíduos. Abrange do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos e é o único a garantir acesso integral, universal e igualitário.

## **REFERÊNCIAS:**

CCMS (Centro Cultural do Ministério da Saúde). SUS A Saúde do Brasil.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. . Acessado em 23/01/2024.

MACEDO, S. Políticas Públicas: o que são e para que existem. . Araçáju-SE. 2018. Acessado em 22/01/2023

ANJOS, V. L. H. dos. A Redemocratização do Brasil e a Política de Saúde como uma de Suas Expressões, *Revista Direitos, Trabalho e Política Social*, [S. l.], v. 5, n. 9, p. 10–35, 2019. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rdtps/article/view/8900>. Acesso em: 21 jan. 2024.

BRASIL. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

JUNIOR, Irineu Francisco Barreto, PAVANI, Miriam. O direito à saúde na Ordem Constitucional Brasileira. *Revista de Direitos e Garantias Fundamentais*, v. 14, n. 2, p. 71- 100, 2013.

*Caroline Monique Rego Chagas Dantas; Paulo Sávio Fontenele Magalhães;  
Therese Maria Magalhães Moreira*

## INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, a China identificou um surto de uma síndrome respiratória aguda em trabalhadores de um mercado de alimentos e animais vivos em Wuhan, causado por um novo coronavírus (SARS-CoV-2). Esse vírus é pertencente à família *Coronaviridae* e provoca a doença respiratória COVID-19 (BRASIL, 2020). A doença é altamente infecciosa e seus principais sintomas clínicos incluem febre, tosse seca, fadiga, mialgia e dispneia. Os casos graves são caracterizados por síndrome do desconforto respiratório agudo, choque séptico, acidose metabólica de difícil tratamento e disfunção de sangramento e coagulação (ZHONG *et al.*, 2020).

O contágio ocorre por vias respiratórias, por meio do contato com gotículas de saliva no ar ou pelo contato físico com secreções contaminadas, além de poder ser transmitido por pessoas assintomáticas, o que dificulta a detecção dos infectados (YANG, 2020).

Em 11 de março de 2020, a doença foi elevada à condição de pandemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, o primeiro caso de COVID-19 foi confirmado em 26 de fevereiro e o primeiro óbito em março. Nos meses iniciais, o Ceará ocupou a posição de primeiro estado do Nordeste e o terceiro estado brasileiro em número de casos confirmados da doença (CEARÁ, 2020a).

## ACHADOS E ANÁLISE CRÍTICA

O Ceará foi o primeiro estado brasileiro a decretar, de forma oficial, “estado de emergência”, por meio dos Decretos nº 33.510, de 16 de março de 2020 e o de nº 33.519, de 19 de março de 2020, adotando medidas de enfrentamento e contingência da disseminação viral, como

o fechamento de escolas, de igrejas, de todo o comércio e serviços não essenciais (CEARÁ, 2020b; LIMA *et al.*, 2020).

Os primeiros casos de contaminação ocorreram nos bairros de melhor IDHM de Fortaleza e todos os infectados tinham feito viagem ao exterior e, posteriormente, se propagou pela zona periférica, detentora da população mais pobre (SOUSA *et al.*, 2020; SECRETARIA DE SAÚDE DE FORTALEZA, 2023).

A pandemia do COVID-19 trouxe consequências devastadoras para a humanidade. Além do número de pessoas mortas pela doença, os impactos econômicos e sociais são incalculáveis. A velocidade de propagação do vírus, a existência ao longo da fonte de infecção e a dificuldade de bloqueio completo da transmissão em um grande contingente populacional suscetível torna razoável pensar na presença da doença por um longo período (CEARÁ, 2020a).

Em Fortaleza foram confirmados 381.440 casos, 12.054 óbitos e letalidade de 2,9. Os dados, no que se referem aos casos, foram atualizados pelo Boletim Epidemiológico de Fortaleza em 31 de janeiro de 2023 (SECRETARIA DE SAÚDE DE FORTALEZA, 2023) e pela Plataforma IntegraSUS (CEARÁ, 2021a).

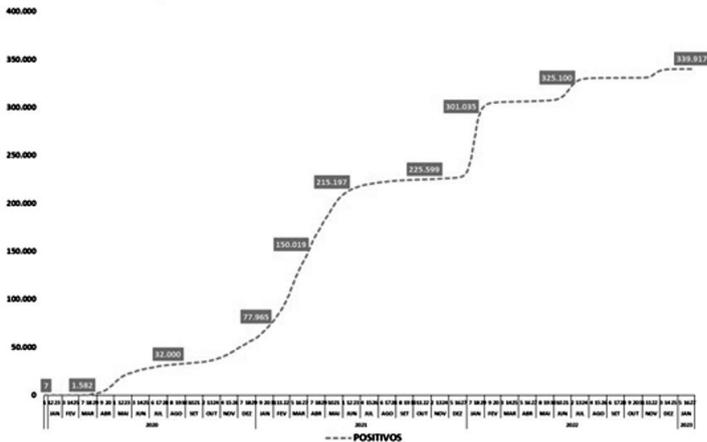


Figura 1 – Covid-19: série temporal de casos confirmados acumulados. Fortaleza, 2020-2023\*

Fonte: \*IntegraSUS – Indicadores SESA – covid-19 – atualizado em 31 de janeiro de 2023, às 06:20.

Já vivenciamos quatro ondas epidemiológicas bem definidas causadas pelas variantes do SARS-CoV-2.

- Alfa (B.1.1.7), primeiramente identificada no Reino Unido;
- Beta (B.1.351/ B.1.351.2/ B.1.351.3), primeiramente identificada na África do Sul;
- Gama (P.1/ P.1.1/ P.1.2), primeiramente identificada no Brasil, em Manaus;
- Delta (B.1617.2), primeiramente identificada na Índia.
- Ômicron (B. 1. 1.529) A variante ômicron foi identificada em vários países, principalmente na África do Sul, e é caracterizada pela maior capacidade de transmissão.

O “pico” de casos confirmados da primeira onda epidêmica ocorreu na transição entre os meses de abril e maio de 2020 quando a média móvel sempre esteve acima de 600 casos.

Em outubro, a segunda onda epidêmica se inicia. No início, com propagação mais lenta, ganhou força a partir de janeiro de 2021, com a dominância da nova variante gama. Em março, após período de propagação exponencial, o pico da segunda onda é alcançado.

A terceira onda começa com a dominância da variante ômicron nos últimos dias de dezembro de 2021. O aumento de casos é “avassalador”, em particular, nas três primeiras semanas de janeiro até alcançar a máxima transmissão, expressa pela média móvel do dia 19 de janeiro de 2022 (3.516 casos). Tanto esta média móvel, quanto o número de casos com data do início dos sintomas no dia 17 de janeiro (4.505), são os mais elevados registros da pandemia (Figura 2)

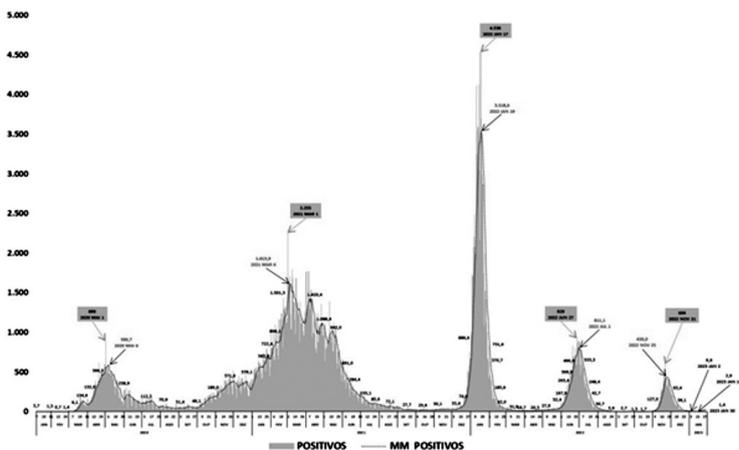


Figura 2 – Casos confirmados

Fonte: \*IntegraSUS – Indicadores SESA – covid-19 – atualizado em 31 de janeiro de 2023, às 06:20. Rótulos com valores da média móvel de sete dias representados em intervalos de quinze dias. **Os casos estão dispostos diariamente de acordo com a data do início dos sintomas.**

A “quarta onda” atingiu o pico entre junho e julho de 2022. Depois perdeu força nos três meses posteriores, que se caracterizaram por uma veloz redução dos casos novos. No início de novembro a transmissão novamente aumenta. A introdução das sublinhagens da ômicron BQ.1 e BE.9 foi, provavelmente, o principal fator associado ao incremento, mostrando que iremos conviver com o vírus ao longo do tempo.

A Figura 3 apresenta a distribuição temporal de óbitos confirmados. A média de mortes diárias de todo ciclo epidêmico, até a presente data, foi de 11,6. O aumento das mortes da segunda onda consolidou-se em janeiro de 2021. O crescimento ganhou velocidade em março e se manteve até abril. Em seguida, há declínio dos óbitos diários. No dia 18 de março de 2021 foram registradas 85 mortes. Este foi o maior número de óbitos em 24 horas, desde maio de 2020.

No início de 2022, o cenário foi alterado pela dominância da variante ômicron, que tem relevante escape vacinal, embora tenha se mostrado menos “agressiva”.

O atual padrão de mortalidade mostra que, após um incremento das fatalidades nas quatro primeiras semanas do ano, as mortes diárias diminuíram gradualmente até o evento (morte) se tornar raro.

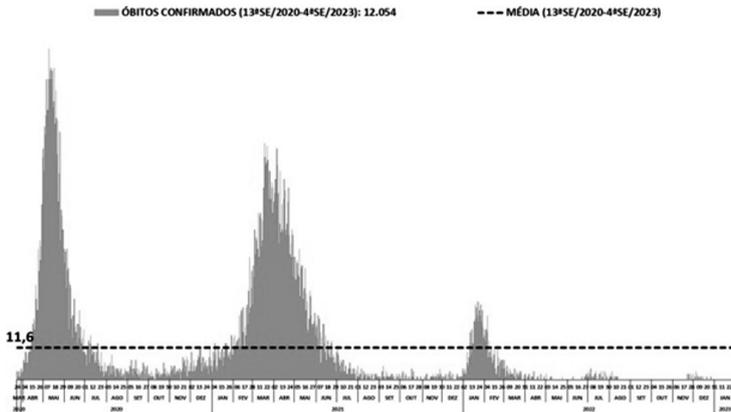


Figura 3 – Covid-19: Distribuição diária dos óbitos confirmados por data de ocorrência do óbito. Fortaleza, 2020-2023

Fonte: SMS Fortaleza – covid-19 – atualizado em 31 de janeiro de 2023, às 09:00.

### Distribuição de casos e óbitos por sexo e grupo etário

A distribuição dos casos e óbitos por COVID-19 segundo o grupo etário e sexo estão registrados na Figura 4 e Tabela 1.

Em linhas gerais observa-se o seguinte:

- 73% dos casos e 26% das mortes foram confirmados na população de 20 - 59 anos;
- 20% dos casos e 73% das mortes foram confirmadas no grupo com 60 anos e mais;
- A maioria dos pacientes que morreu eram do sexo masculino (54%).

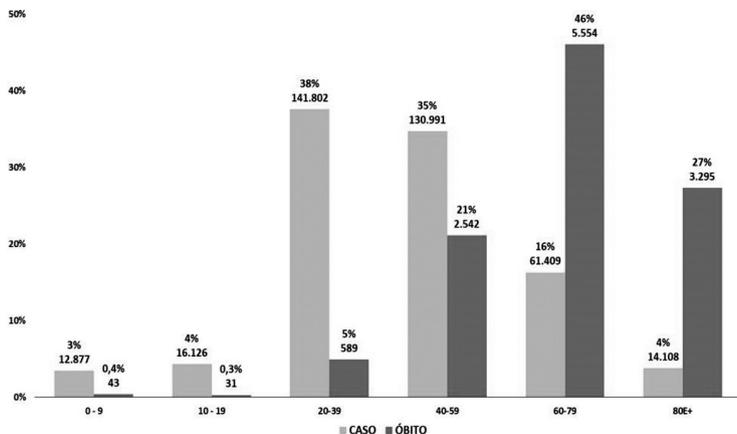


Figura 4 – Covid-19: Distribuição de casos e óbitos por faixa etária. Fortaleza/CE, 2020-2023

Fonte: Casos (Integra SUS - Indicadores/SESA - covid-19- Atualizado em 31 de janeiro de 2023, às 6h20 / Óbitos (SMS Fortaleza - covid-19 - Atualizado em 31 de janeiro de 2023, às 9h00), Valores percentuais estão aproximados.

Tabela 1 – Covid-19: Número de casos e óbitos por sexo e faixa etária. Fortaleza, 2020-2023

Faixa Etária	Casos		Óbitos	
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino
0 - 9	6.124 (48%)	6.753 (52%)	17 (40%)	26 (60%)
10 - 19	8.546 (53%)	7.580 (47%)	13 (42%)	18 (58%)
20-39	80.754 (57%)	61.048 (43%)	226 (38%)	363 (62%)
40-59	75.678 (58%)	55.313 (42%)	1.003 (39%)	1.539 (61%)
60-79	34.950 (57%)	26.459 (43%)	2.475 (45%)	3.079 (55%)
80 e mais	8.358 (59%)	5.750 (41%)	1.792 (54%)	1.503 (46%)
<b>Total</b>	<b>214.410 (57%)</b>	<b>162.903 (43%)</b>	<b>5.526 (46%)</b>	<b>6.528 (54%)</b>

Fonte: Casos (IntegraSUS – Indicadores SESA – covid-19 – atualizado em 31 de janeiro de 2023, às 06h:20) Óbitos (SMS Fortaleza – covid-19- atualizado em 31 de janeiro de 2023, às 09h:00).

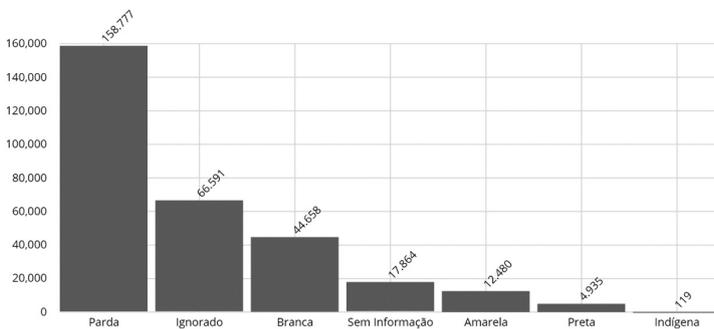


Figura 5 – Casos confirmados de covid-19, segundo raça/cor, Ceará

\*Número de casos confirmados com raça/cor não informada: 78.007

## CASO DE APLICAÇÃO DE POLÍTICA PÚBLICA

Na gestão da mitigação da pandemia, considerando as diretrizes do Plano Nacional de Contingência brasileiro para a COVID-19 (BRASIL, 2020b; CEARÁ, 2020c), o Governo do Ceará adotou medidas visando evitar que o sistema de saúde entrasse em colapso, sendo algumas delas a construção de hospitais de campanha, aluguel de leitos de UTI em hospitais da rede privada e compra de respiradores. Houve ainda a aquisição de um hospital particular desativado, que foi equipado e adaptado para acomodar exclusivamente os casos encaminhados pela Central de Regulação do estado (CEARÁ, 2020d), totalizando mais de mil leitos (CEARÁ, 2020e), que foram duplicados no auge da primeira onda e alcançou o quantitativo de 3.674 na primeira semana de abril de 2021 (CEARÁ, 2021b).

Estas medidas podem ter contribuído para o declínio gradual das curvas epidemiológicas analisadas, pois impactam sobre o planejamento e a avaliação de práticas gerenciais e otimizam o uso dos meios e recursos disponíveis (BEZERRA *et al.*, 2020). Entretanto, o aumento de número de casos e óbitos logo após as primeiras semanas epidemiológicas de 2021 refletiu, dentre outros aspectos, o comportamento da população em descumprir o isolamento social (CEARÁ, 2020f) e outras medidas preventivas (CEARÁ, 2020g), haja vista que, logo após o início da segunda onda, com a publicação do Decreto que instituiu

maior rigidez desta medida pelo governo estatal (CEARÁ, 2021c), foi possível verificar declínio no número de novos casos.

Destaca-se como estratégia também favorável ao declínio de casos e óbitos, especialmente na população idosa, a realização da vacinação contra COVID-19 (CEARÁ, 2022).

Em busca de reduzir a disseminação desse vírus e acabar com a pandemia, cientistas do mundo todo trabalharam em busca do desenvolvimento de vacinas eficientes e seguras em tempo recorde para combater o patógeno. No dia 17 de fevereiro de 2021, a enfermeira paulista Mônica Calazans se tornava a primeira pessoa a receber a vacina contra a covid-19 no Brasil, recebendo o imunizante da Coronavac.

Quatro vacinas foram aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2020) do Brasil sendo estas dos laboratórios Pfizer, AstraZeneca, Janssen e do Instituto Butantan. Destas apenas a Coronavac utiliza a tecnologia do vírus inativado, Astrazeneca e Janssen usam o vetor viral e a Pfizer e a Moderna utilizam a plataforma de RNA mensageiro.

A vacinação foi responsável pelo controle do número de novos casos da doença no Brasil e que trouxe significativa melhora de vida aos infectados pelo novo coronavírus, evitando o agravamento do quadro clínico, e diminuindo a taxa de mortalidade.

A COVID-19 em Fortaleza apresenta painéis ambíguos, onde o aumento de novos casos pode refletir a não adesão populacional às medidas comportamentais, e o declínio no número de óbitos parece decorrer da ampliação de leitos, insumos e vacinação.

Com o desenvolvimento de múltiplas vacinas de eficácia e seguranças comprovadas, o principal desafio relacionado à resposta COVID-19 é garantir a imunização em massa. Uma das maiores conquistas da saúde coletiva é a vacinação por seus benefícios imensuráveis, reduzindo de forma significativa, controlando e erradicando agravos. Ao longo da história observa-se que as práticas de vacinação programadas e organizadas evitam milhões de óbitos e controlam a evolução de várias doenças.

É necessária a continuidade de estudos sobre a COVID-19, assim como o monitoramento das plataformas de dados para maior e me-

lhor qualidade de informações em saúde, tendo em vista o surgimento de novas variantes/cepas de importância epidemiológica, as quais poderão mudar o curso do cenário epidemiológico no Estado.

## REFERÊNCIAS

BEZERRA, A. C. V. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2411-2421, jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília: SVS/MS, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS. Protocolo de manejo clínico do coronavírus (covid-19) na atenção primária à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: Acesso em: 28 abr. 2020.

CARVALHO, T. M. et al. Índice de vulnerabilidade à COVID-19: uma aplicação para a cidade de Fortaleza (CE), Brasil. *Eng. Sanit. Ambient.*, [s. l.], v. 26, n. 4, p. 1-11, ago. 2011.

CEARÁ (Estado). Decreto nº 33. 510, de 16 de março de 2020. Declara situação de emergência em saúde e dispõe sobre medidas para enfrentamento e contenção da infecção humana pelo novo coronavírus. *Diário Oficial do Estado*, Fortaleza, 16 mar. 2020a. Disponível em: Acesso em: 28 mar. 2020.

CEARÁ (Estado). Decreto nº 33. 519, de 19 de março de 2020 dispõe sobre a intensificação de medidas para enfrentamento da infecção humana pelo novo coronavírus. *Diário Oficial do Estado*, Fortaleza, 19 mar. 2020c. Disponível em: [.br/wp-content/uploads/sites/20/2020/03/DECRETO-N%C2%BA33.519-de-19-de-mar%C3%A7ode-2020. . pdf](https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/sites/20/2020/03/DECRETO-N%C2%BA33.519-de-19-de-mar%C3%A7ode-2020.pdf) Acesso em: 28 mar. 2022.

CEARÁ (Estado). Decreto nº 33. 574, de 05 de maio de 2020. Institui, no município de Fortaleza, a política de isolamento social rígido como medida de enfrentamento à COVID-19 e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, Fortaleza, 5 maio 2020f. Disponível em: [https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Decretos-N%C2%BA33.574-e-N%C2%BA33.575-d e-5-de-maiode-2020.pdf](https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Decretos-N%C2%BA33.574-e-N%C2%BA33.575-d-e-5-de-maiode-2020.pdf) Acesso em: 10 jan. 2021.

CEARÁ (Estado). Decreto nº 33. 845, de 11 de dezembro de 2020. Estabelece medidas preventivas direcionadas ao controle da disseminação da COVID-19, no período de final de ano 2021. Diário Oficial do Estado, Fortaleza, 11 dez. 2020g. Disponível em: pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

CEARÁ (Estado). Decreto nº 33. 980, de 12 de março de 2021. Amplia o isolamento social rígido para todos os municípios do estado do Ceará, como medida necessária para enfrentamento da COVID-19, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, Fortaleza, 12 mar. 2021c. Disponível em: <uploads/2021/03/DECRETO-No 33.980-de-12-de-março-de-2021.pdf> Acesso em: 10 jan. 2022.

CEARÁ (Estado). Governo do Estado do Ceará. Ceará ultrapassa 400 UTIs para Covid-19 e ganha lei contra fake news. Fortaleza: SESA, 2020e. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/2020/04/30/ceara-ultrapassa-400-utis-para-covid-19-e-ganha-lei-contrafake-news/> Acesso em: 10 mar. 2022.

CEARÁ (Estado). Governo do Estado do Ceará. Hospital Leonardo da Vinci começa a receber exclusivamente pacientes com Covid-19. Fortaleza: SESA, 2020d. Disponível em: <usivamentepacientes-com-covid-19/> Acesso em: 28 mar. 2022.

CEARÁ (Estado). Governo do Estado. Ceará impulsiona ampliação de leitos durante a pandemia. Fortaleza: SESA, 2021b. Disponível em: <a-pandemia/>. Acesso em: 10 jan. 2022.

CEARÁ (Estado). Secretaria da Saúde. IntegraSUS: transparência da saúde do Ceará. Fortaleza: SESA, 2021a. Disponível em: Acesso em: 10 jan. 2023.

CEARÁ (Estado). Secretaria da Saúde. Plano Estadual de Contingência para resposta às emergências em saúde pública: novo coronavírus (2019-nCoV). Fortaleza: Secretaria da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/13/PLANO-DE-CONTINGENCIA-novo-coronavirus-CEAR---EM-REVIS--O.pdf> Acesso em: 10 jan. 2021.

CEARÁ (Estado). Vacinometro 2021. Fortaleza: SESA, 2022. Disponível em <https://www.saude.ce.gov.br/vacinometro-covid-19/> Acesso em: 10 jun. 2022.

LANA, R. M. et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. *Cad. Saúde Pública*, [s. l. ], v. 36, n. 3, p. 1-10, mar. 2020.

LIMA, D. L. F. et al. Covid-19 in the State of Ceará: behaviors and beliefs in the arrival of the pandemic. *Cien Saude Colet.*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 5, p. 1575-1586, maio 2020.

SATOMI, E. et al. Fair allocation of scarce medical resources during COVID-19 pandemic: ethical considerations. *Einstein*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 1-9, abr. 2020.

SECRETARIA DE SAÚDE DE FORTALEZA. Boletim Epidemiológico de Fortaleza Ano 2023: 5ª Semana Epidemiológica. Fortaleza: SMS, 2023. Disponível em: Acesso em: 10 fev. 2023.

SOUSA, G. J. B. et al. Mortality and survival of COVID-19. *Epidemiol Infect.*, [s. l. ], v. 148, n. 123, p. 1-6, jun. 2020.

YANG, W. Z. Thoughts of the COVID-19 outbreak phases changed from emergency response to combination of emergency response and regular prevention and control. *Chin J Epidemiol.*, [s. l. ], v. 40, n. 1, p. 1-45, jan. 2020.

ZHONG, B. L. et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci.*, [s. l. ], v. 16, n. 10, p. 1745-1752, out. 2020.

*Aline Pereira de Queiroz Magalhães; Charles Piérry Nobre Ferreira; Karen Lopes Cunha; Paulo Sávio Fontenele Magalhães; Raimundo Anderson Silva de Oliveira*

A história das políticas de saúde pública no Brasil pode ser dividida em diferentes períodos, marcados por mudanças significativas no sistema de saúde em resposta a contextos históricos, econômicos e sociais. Ao longo do tempo, essas políticas evoluíram de ações pontuais e fragmentadas para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma das maiores conquistas no campo da saúde pública brasileira.

### **Período Colonial e Imperial (1500 - 1889)**

No Brasil Colônia e Império, as políticas de saúde eram rudimentares e voltadas principalmente para o controle de surtos e epidemias, como a varíola e febre amarela, que acometiam grandes cidades portuárias como o Rio de Janeiro e Salvador. A assistência à saúde era predominantemente caritativa e ligada a instituições religiosas, como as Santas Casas de Misericórdia, que prestavam cuidados aos pobres e desvalidos. Não havia uma política estatal estruturada voltada para a saúde pública, e a ação do Estado era limitada.

### **Primeira República e Era Vargas (1889 - 1945)**

Durante a Primeira República (1889-1930), começaram a surgir as primeiras instituições de saúde pública com a criação do Serviço Sanitário Federal, em 1890, que visava o controle de epidemias. No entanto, foi apenas durante o governo de Getúlio Vargas, nos anos 1930 e 1940, que se implementaram as primeiras políticas de saúde pública mais estruturadas, como o Departamento Nacional de Saúde, criado em 1937, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que estabelecia direitos de saúde para trabalhadores urbanos. A assistência à saúde, no

entanto, ainda era fortemente vinculada ao trabalho formal e à previdência social, excluindo grande parte da população, especialmente os trabalhadores rurais.

### **Período Pós-Guerra e a Ditadura Militar (1945 - 1985)**

Após a Segunda Guerra Mundial, a saúde pública começou a se modernizar. O Ministério da Saúde foi criado em 1953, e políticas voltadas para campanhas de erradicação de doenças, como a campanha de erradicação da malária e o combate à tuberculose, começaram a ganhar destaque. No entanto, o sistema de saúde permaneceu fragmentado, com a maior parte da população dependendo de ações assistenciais e sem acesso universal à saúde. A Reforma Sanitária, um movimento de base popular e acadêmica que surgiu nos anos 1970, começou a ganhar força, criticando o modelo de saúde vigente e propondo um sistema mais inclusivo e democrático.

### **Constituição de 1988 e a Criação do SUS**

A Reforma Sanitária culminou na Constituição de 1988, que estabeleceu a saúde como um “direito de todos e dever do Estado”, criando as bases legais para o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS foi formalmente instituído em 1990, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/1990), que estabeleceu um sistema descentralizado, hierarquizado e com participação social, garantindo acesso universal e integral à saúde. Desde então, o SUS tem sido a principal política pública de saúde no Brasil, enfrentando desafios como o subfinanciamento, a falta de infraestrutura em regiões mais remotas e a crescente demanda por serviços de saúde.

### **Avanços e Desafios Recentes**

Ao longo das últimas décadas, o SUS consolidou-se como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, responsável por campanhas de vacinação em massa, atendimento de emergência, atenção básica e tratamento de doenças crônicas. Entretanto, o sistema enfrenta desafios como o envelhecimento populacional, a crescente carga de do-

enças crônicas não transmissíveis e questões de financiamento. O Programa Mais Médicos, criado em 2013, foi uma tentativa de suprir a falta de médicos em regiões carentes, destacando a necessidade de maior equidade no acesso aos serviços de saúde.

## **Cenário atual**

O cenário atual das políticas públicas de saúde no Brasil é caracterizado por avanços no acesso aos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que enfrenta desafios estruturais e conjunturais, como o subfinanciamento crônico, a desigualdade de acesso, o envelhecimento populacional e a crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. A seguir, uma análise sobre os principais aspectos que influenciam o cenário atual das políticas de saúde no país:

## **Sistema Único de Saúde (SUS)**

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, continua a ser a principal política pública de saúde no Brasil. O SUS tem como princípios a universalidade, integralidade, equidade e descentralização com participação social, garantindo o direito à saúde para toda a população. No entanto, desde sua criação, o SUS tem enfrentado desafios relacionados à falta de financiamento adequado, à desigualdade na distribuição de serviços e profissionais de saúde, e à capacidade de responder de maneira eficiente às demandas crescentes e complexas da população.

O subfinanciamento crônico é apontado como um dos principais problemas estruturais do SUS. De acordo com dados do **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, os gastos públicos com saúde no Brasil representam cerca de 4% do Produto Interno Bruto (PIB), abaixo da média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que é de 8,8% do PIB. Esse subfinanciamento impacta diretamente a capacidade do sistema em prover serviços de qualidade e em garantir o acesso equitativo em todas as regiões do país (IPEA, 2022).

## Programas de Saúde e Iniciativas Recentes

Nos últimos anos, algumas políticas públicas específicas voltadas para a saúde pública têm ganhado destaque. O **Programa Nacional de Imunizações (PNI)**, considerado um dos mais completos do mundo, é responsável por campanhas de vacinação em massa, como as de combate à COVID-19, ao sarampo, à poliomielite e à influenza. Durante a pandemia de COVID-19, o SUS desempenhou um papel crucial, desde o tratamento hospitalar até a distribuição de vacinas, destacando a importância do sistema na proteção da saúde pública.

O **Programa Mais Médicos**, lançado em 2013 com o objetivo de suprir a carência de médicos em áreas mais vulneráveis, passou por mudanças recentes e foi substituído pelo **Médicos pelo Brasil** em 2019. O novo programa busca ampliar a assistência em áreas remotas e fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS), que é a principal porta de entrada do SUS. A Atenção Primária, inclusive, tem sido um dos pilares da política de saúde brasileira, fundamental para ações preventivas e de promoção à saúde, além do manejo de doenças crônicas não transmissíveis.

## Envelhecimento Populacional e Doenças Crônicas

Um dos principais desafios atuais das políticas públicas de saúde no Brasil é o envelhecimento populacional. A transição demográfica e epidemiológica do país levou a um aumento expressivo na proporção de idosos na população e, com isso, à predominância de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e câncer. Esse cenário sobrecarrega o sistema de saúde, tanto na Atenção Primária quanto nos níveis secundário e terciário, exigindo uma adaptação das políticas públicas para atender essa demanda crescente de cuidados contínuos e complexos (PAIM, 2021).

## Inovações e Tecnologias

Outro aspecto importante das políticas públicas de saúde é a incorporação de tecnologias em saúde, tanto no diagnóstico e tratamento quanto na gestão e monitoramento da saúde populacional. A **e-Saúde** e as **tecnologias de informação e comunicação (TICs)** são cada vez mais

utilizadas, especialmente após a pandemia de COVID-19, para facilitar o acesso a serviços de saúde, promover a telemedicina e melhorar a gestão de dados em saúde. O **Conecte SUS**, por exemplo, tem sido uma ferramenta essencial para integrar informações dos usuários em tempo real, facilitando o acesso aos serviços e o acompanhamento contínuo do paciente.

## **Desafios de Equidade e Acesso**

Embora o SUS seja universal, a desigualdade regional no acesso aos serviços de saúde continua a ser um grande desafio. Regiões mais pobres, como o Norte e o Nordeste, sofrem com a escassez de profissionais, infraestrutura inadequada e dificuldade de acesso a serviços especializados. Além disso, questões de gênero, raça e classe social também afetam o acesso e a qualidade do atendimento recebido. Estudos mostram que populações vulneráveis, como a população negra, as comunidades indígenas e as pessoas em situação de pobreza, continuam a enfrentar maiores barreiras para acessar cuidados de saúde adequados (SILVA, 2020).

## **Impactos da Emenda Constitucional 95**

Um fator relevante no cenário atual das políticas públicas de saúde no Brasil é a **Emenda Constitucional 95**, aprovada em 2016, que instituiu o teto de gastos públicos, congelando os investimentos em áreas como saúde e educação por 20 anos. Essa medida tem gerado preocupações sobre a sustentabilidade do SUS, já que a demanda por serviços de saúde tende a crescer com o envelhecimento populacional, enquanto os recursos permanecem limitados. Diversos especialistas têm alertado que essa política pode comprometer a capacidade do sistema de saúde de se expandir e melhorar a qualidade dos serviços oferecidos (ESCOREL, 2020).

## **Perspectivas futuras**

O futuro das políticas públicas de saúde no Brasil enfrenta desafios e oportunidades, principalmente devido à transição demográfica,

avanços tecnológicos, e à necessidade de aprimorar a eficiência do Sistema Único de Saúde (SUS) para manter seu princípio de universalidade. A sustentabilidade financeira e o aprimoramento da gestão são aspectos centrais para garantir o funcionamento pleno do sistema, especialmente diante das demandas crescentes por cuidados complexos, o envelhecimento da população e o surgimento de novas doenças.

### **Sustentabilidade Financeira**

A sustentabilidade financeira é uma das principais preocupações para o futuro do SUS. Com a vigência da **Emenda Constitucional 95**, que impôs limites ao crescimento dos gastos públicos, o financiamento da saúde pública no Brasil está comprometido, pois a demanda por serviços aumenta enquanto os recursos permanecem congelados. Segundo dados do **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, o subfinanciamento do SUS já resulta em precariedade de infraestrutura e falta de insumos em várias regiões do país, o que tende a se agravar nos próximos anos, a menos que o teto de gastos seja revisto (IPEA, 2022).

Nesse contexto, é imperativo que o Brasil busque novas fontes de financiamento e modelos de gestão eficientes. A criação de parcerias público-privadas (PPP) pode ser uma alternativa, desde que bem regulamentadas para garantir que os princípios de equidade e universalidade do SUS sejam mantidos. Além disso, propostas de revisão da tributação, como a criação de impostos específicos para financiar a saúde, podem ser alternativas viáveis para aumentar os recursos destinados ao sistema (PAIM, 2021).

### **Envelhecimento Populacional e Doenças Crônicas**

O envelhecimento da população é uma tendência irreversível que trará impactos profundos sobre o SUS nas próximas décadas. De acordo com projeções do **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**, até 2050, mais de 30% da população brasileira será composta por idosos, o que aumentará substancialmente a demanda por cuidados de saúde, principalmente relacionados às doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares (IBGE, 2020).

Essa transição demográfica exigirá políticas de saúde mais direcionadas para o manejo de doenças crônicas e cuidados continuados, além de uma expansão das redes de cuidado domiciliar e paliativo. A formação de profissionais de saúde também precisará se adaptar para lidar com as especificidades do cuidado à população idosa e a crescente necessidade de atenção integrada e multidisciplinar (MENDES, 2021).

### **Avanços Tecnológicos e Telemedicina**

A incorporação de tecnologias no setor de saúde é uma das perspectivas mais promissoras para o futuro das políticas públicas de saúde no Brasil. A pandemia de COVID-19 acelerou a implementação de ferramentas de telemedicina, que se mostraram fundamentais para a ampliação do acesso a serviços de saúde, especialmente em regiões mais remotas. No futuro, a telemedicina pode se consolidar como uma ferramenta indispensável para o SUS, reduzindo a sobrecarga sobre as unidades de saúde e permitindo o acompanhamento remoto de pacientes crônicos (ESCOREL, 2020).

Além disso, o uso de inteligência artificial, big data e outras tecnologias de informação e comunicação (TICs) deve ser ampliado para melhorar a gestão do sistema e o monitoramento epidemiológico. Essas inovações podem contribuir para a tomada de decisões mais assertivas, alocação de recursos e previsões mais precisas sobre surtos de doenças e demanda por serviços (ARAÚJO et al., 2020).

### **Atenção Primária à Saúde (APS)**

A **Atenção Primária à Saúde (APS)** continuará a ser o pilar do sistema de saúde brasileiro, sendo essencial para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Para o futuro, espera-se que a APS seja fortalecida com mais investimentos em infraestrutura e na formação de profissionais capacitados para atuar em áreas vulneráveis. O foco na promoção da saúde, na prevenção de doenças e no cuidado continuado será fundamental para a sustentabilidade do sistema e para reduzir a pressão sobre os níveis secundário e terciário de atenção.

Programas como o **Mais Médicos para o Brasil**, precisam ser ampliados para garantir a presença de profissionais de saúde em regiões

de difícil acesso. Além disso, deve-se investir na educação permanente dos profissionais, para que estejam capacitados a lidar com as novas demandas, como o manejo de doenças crônicas e o uso de tecnologias na saúde (SILVA, 2020).

## **Participação Social e Governança**

A participação social, uma das bases do SUS, deverá ser fortalecida no futuro das políticas públicas de saúde. Os conselhos e conferências de saúde são espaços essenciais para a formulação de políticas e controle social do sistema. A governança participativa deverá ser ampliada, permitindo maior engajamento da população e de profissionais de saúde na definição de prioridades e no monitoramento da qualidade dos serviços prestados (FLEURY, 2020).

Além disso, a transparência na gestão do SUS será crucial para garantir a confiança da população no sistema e otimizar o uso dos recursos disponíveis. O fortalecimento da gestão por resultados e a criação de mecanismos mais eficientes de fiscalização podem melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços oferecidos pelo SUS.

## **Perspectivas para o Fortalecimento do SUS**

O fortalecimento do SUS dependerá de várias frentes de atuação, incluindo:

1. **Revisão do modelo de financiamento:** Aumentar os investimentos públicos e rever o impacto da Emenda Constitucional 95.
2. **Ampliação do uso de tecnologias:** Incorporar de forma mais ampla a telemedicina e as TICs.
3. **Descentralização e regionalização:** Fortalecer a gestão descentralizada e garantir que todas as regiões tenham acesso adequado aos serviços de saúde.
4. **Valorização da APS:** Fortalecer a Atenção Primária à Saúde como pilar do sistema e expandir o acesso às regiões mais vulneráveis.

5. **Educação permanente dos profissionais de saúde:** Adaptar a formação médica e de outros profissionais de saúde às novas demandas da população e às inovações tecnológicas.

## **Conclusão**

O cenário atual das políticas públicas de saúde no Brasil reflete a dualidade entre os avanços conquistados ao longo das últimas décadas e os desafios persistentes que ainda precisam ser enfrentados. O SUS, apesar de ser um sistema robusto e inovador, enfrenta dificuldades que ameaçam sua sustentabilidade, principalmente em função do subfinanciamento e das desigualdades regionais. Para que as políticas públicas de saúde possam atender às necessidades da população de forma eficaz, será necessário reforçar o financiamento, melhorar a gestão do sistema e garantir maior equidade no acesso aos serviços de saúde.

O futuro das políticas públicas de saúde no Brasil, apesar dos desafios, é promissor. A manutenção e o fortalecimento do SUS, com uma gestão eficiente, a incorporação de inovações tecnológicas e o reforço da atenção primária, são cruciais para garantir o acesso universal e de qualidade à saúde para todos os brasileiros. Para isso, será necessário um compromisso político contínuo e o engajamento de toda a sociedade.

## **REFERÊNCIAS**

ARAÚJO, Ísis Lúcia et al. Telemedicina no Brasil: desafios e oportunidades na pandemia da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp>. Acesso em: 10 set. 2024.

AROUCA, Sérgio. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

SCOREL, Sarah. Desafios do SUS frente à Emenda Constitucional 95: impactos e perspectivas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 20, n. 4, p. 887-895, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi>. Acesso em: 10 set. 2024.

SCOREL, Sarah et al. O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 303-318, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bSkLzStL>. Acesso em: 10 set. 2024.

FLEURY, Sonia. O futuro do SUS: governança, participação social e desafios para a saúde pública no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 118-129, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb>. Acesso em: 10 set. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Projeção da população do Brasil até 2060. Brasília: IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao>. Acesso em: 10 set. 2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Relatório sobre o financiamento da saúde no Brasil. Brasília: IPEA, 2022. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=38502&Itemid=2](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=38502&Itemid=2). Acesso em: 10 set. 2024.

MENDES, Eugênio Vilaça. O envelhecimento populacional e as necessidades de reorganização do SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 7, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp>. Acesso em: 10 set. 2024.

PAIM, Jairnilson. O desafio da transição epidemiológica e o SUS: necessidade de novas políticas públicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp>. Acesso em: 10 set. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva et al. O Sistema de Saúde Brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

SILVA, Maria José da. Atenção primária no Brasil: desafios e perspectivas para o futuro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 54, n. 1, p.

SILVA, Jurema Werneck da. Desigualdades raciais e saúde no Brasil: uma análise da exclusão e do racismo institucional. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 873-884, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc>. Acesso em: 10 set. 2024.

TEIXEIRA, Carmen Fontes et al. Reforma sanitária e a criação do SUS: contexto histórico e político. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 91, p. 37-53, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/63zHynJ>. Acesso em: 10 set. 2024.

Este livro foi elaborado pelos alunos das turmas VIII e IX do Mestrado profissional em Gestão em Saúde da Universidade Estadual do Ceará sob a orientação dos professores Paulo Sávio Fontenele Magalhães e Thereza Maria Magalhães Moreira como produto da disciplina de Políticas e Gestão em Saúde. O livro oferece uma análise aprofundada sobre as políticas públicas de saúde no Brasil, abordando suas nuances e desafios contemporâneos. A obra destaca o processo histórico de descentralização da gestão de saúde, as políticas de financiamento, e o fortalecimento da atenção primária, além de abordar áreas específicas como saúde suplementar, saúde mental, atenção especializada, e saúde da mulher.

Ao longo dos capítulos, os autores, em colaboração com os seus orientadores, oferecem uma visão crítica e analítica sobre os avanços e as lacunas nas políticas de saúde no país, com foco na implementação de sistemas mais equitativos e eficazes. A obra também enfatiza a importância de uma abordagem intersetorial para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), o impacto das desigualdades socioeconômicas no acesso aos serviços de saúde, e a relevância das reformas estruturais para garantir a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este livro se apresenta como um importante recurso acadêmico e prático para gestores, profissionais de saúde, e pesquisadores interessados em entender a evolução e os desafios das políticas públicas de saúde no Brasil.