

História da Organização do SUS

Aulas 1 e 2

Antônio Leite Ruas Neto:

A decorative graphic element in the bottom right corner of the slide. It consists of a dark blue curved shape that transitions into a lighter blue rectangular area, creating a modern, abstract design.

•Ementa

- O componente curricular abrange o estudo das políticas de saúde como indutoras da efetivação do direito à saúde (direito de todos e dever do estado). O componente curricular abordará temas como :
- Contextualização história do SUS e do controle social;
- Estrutura e funcionamento do SUS; princípios e diretrizes do SUS; competências dos diferentes níveis do Estado; financiamento e recursos humanos.
- Contextualização e caracterização dos PSF e ACS no Brasil e RS.

- **Objetivos**
- Dentro do módulo “História, Saúde, Direito e Sociedade”, proporcionar aos alunos o desenvolvimento do conhecimento histórico sobre a organização dos sistemas de saúde no Brasil e a sua relação com a construção do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, abordar os marcos históricos da saúde no Brasil como as conferências nacionais. Da mesma forma, desenvolver conteúdos sobre a organização do SUS em seus aspectos legais; sobre o controle social e sobre as novas políticas no âmbito do SUS como o Programa de Saúde da Família, o Subsistema de Saúde Indígena, saúde quilombola e outras políticas estaduais ou municipais. Complementarmente está proposta uma experiência de trabalho em grupo sobre os pilares do SUS como o controle social, financiamento e outros.

• Programa temático.

22/08/13	História da saúde: contágio, transmissão e outros temas.
29/08/13	Estruturação do setor saúde: legislação atual; definições de saúde; Constituição Brasileira.
05/09/13	História dos modelos de saúde pública no Brasil. Lei 8080/1990. Questões dirigidas para grupos.
12/09/13	Controle social: Lei 8142/1990. Questões dirigidas para grupos.
19/09/13	Trabalhadores do SUS. resolução 333 (2003) e a participação no controle social. NOB-SUS (1996) marco histórico na organização da Atenção Básica e financiamento. Questões dirigidas para grupos.
26/09/13	NOB-SUS (1996) e outras NOB(s). Marcos históricos na organização da Atenção Básica e no financiamento. Questões dirigidas para grupos.
03/10/13	Conferências nacionais de saúde 1. Questões dirigidas para grupos.
10/10/13	Conferências nacionais de saúde 2. Questões dirigidas para grupos.
17/10/13	Programas especiais no SUS: ESF, PIM e outras. Questões dirigidas para grupos.
24/10/13	Programas especiais no SUS e a diversidade étnica e cultural: o Subsistemas de Atenção à Saúde indígena. Questões dirigidas para grupos.
31/10/13	Programas especiais no SUS e a diversidade étnica e cultural: A saúde da população negra. Questões dirigidas para grupos.
07/11/13	Aula especial: participação em plenária do controle social: reunião do conselho municipal de saúde de Porto Alegre ou outra instância. Relatório em grupo.

- Referências básicas:
- FLEURY, Sônia (Org.). Saúde e democracia – a luta do CEBES. Rio de Janeiro: Lemus, 1997
- FLEURY, Sonia (Org.). Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência social. Rio de Janeiro; Relume-Dumara, 1992.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, 1988, Brasília. Relatório Final, Brasília: MS.
- PAIM, Jair Nilson; ALMEIDA Fº, Naomar de. A saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública, 32 (4): 299-316, 1998.
- COSTA, Nilson Rosário. Lutas urbanas e controle sanitário: origem dos políticos de saúde no Brasil. 2ª ed. Petrópolis, RJ, Vozes, ABRASCO, 1986.
- Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro: Revista CEBES, 23, dezembro 2001.
- Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro: Revista CEBES, 24, dezembro 2001.

- Referências complementares:
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8ª, 1988, Brasília. Relatório Final, Brasília, MS.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: 1ª – 12ª, pdf.
- CZERESNIA, Dina. Do contágio à transmissão. Ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 16ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- MINAYO, Maria, C. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo, Hucitec, 2004.
- MINAYO, Maria, C. (Org.). Os muitos brasis. Saúde e população na década de 80. 2ª ed. Hucitec, ABRASCO, 1999.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. SUS e controle social. Guia de referência para conselheiros municipais. 2001.
- SCLIAR, Moacyr et al,. Saúde pública: histórias, políticas e revolta. São Paulo, Scipione, 2002.

- Referências complementares:
- Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. O SUS é legal. Rio Grande do Sul: Legislação federal e estadual, 2000.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. Histórica da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 1998, 71 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Sistema Único de Saúde. Constituição Federal – Seção II, Lei Orgânica da Saúde nº 8080, Lei nº 8142, Decreto nº 99438. Publicações técnicas nº 2, 3 ed. Porto Alegre: CONASEMS 24 p.
- FINKELMAN, Jacobo (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, 326 p.
- MENDES, Eugênio Vilaça. O processo de construção do Sistema Único de Saúde: reflexões sobre uma agenda mínima para a Reforma Sanitária. Brasília, 33 p.
- NOB SUS 1996, pdf.

- Referências complementares:
- GIOVANELLA, L. (org). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Organizado por Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, et al. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.
- Vídeo-documentários (diversos).

História da Organização do SUS

1. **Exercícios:**
2. Discutir e apresentar a evolução do controle social no contexto dos vídeo-documentários sobre a história das políticas públicas no Brasil. Dinâmica: trabalho individual ou em grupos.
3. Disponibilização de capítulo correspondente.

História da Organização do SUS

- II. Concepções históricas das doenças: contágio e transmissão (Czeresnia, D.).

- 1. Contexto histórico da ciência.
- A concepção dualista corpo ou órgãos e mente vêm de Aristóteles que dividia a “matéria e a “alma”. Deriva desta concepção o desenvolvimento de órgão, de organização, do século XVII. Permanece a concepção de “alma”, diferenciador do “vivo” e “não vivo”.

- 1. Contexto histórico da ciência.
- Czerenia aborda a diferença no período histórico entre “alma” e “espírito”.
- Alma, seria o conjunto dos sentidos que preservam a vida, “espírito” o pensamento.
- Esta abordagem foi substituída pelo “vitalismo” nos séculos XVIII a XIX. Neste século a Biologia ressurgiu como a ciência da vida.
- No seu progresso, visa explicar cada vez com mais detalhes o “funcionamento”.
-
- Chega ao século XX e desenvolve-se enormemente com a descoberta da genética moderna (molecular).

●1. Contexto histórico da ciência.

- A origem das teorias sobre as doenças situa-se nas tentativas de descrição e explicação para as epidemias. Czeresnia relata descrições antigas sobre a “peste” (bubônica), de 430 A.C. (Tucídides). “Os doentes atingiam os sãos, os que tentavam ajudá-los. As descrições em outras epidemias de peste são semelhantes, ressaltam o “inevitável”, o castigo, o clima a “pestilência do ar”.
- Na idade média, o ar “pestilencial” era incriminado como o propagador de doenças como a peste que passam de pessoa a pessoa e entre comunidades. Estabelece-se a teoria miasmática.

● 1. Contexto histórico da ciência.

- Czeresnia salienta o contexto em que as pessoas adquirem os “miasmas” das doenças: pessoas mais abertas a estímulos, humores, prazeres diversos.
- Miasmas e contágio confundiam-se nas teorias derivadas de Hipócrates.

●1. Contexto histórico da ciência.

- A teoria da constituição epidêmica deriva-se da miasmática, a partir do século XVI .
- Logo contrapõem-se a ela a teoria contagionista, que busca causa específica para as doenças.
- Fracastolo, o primeiro contagionista, concebeu no século XVI partículas de contágio (“semminaria”) causadoras de doenças, que penetram por poros, viajam no ar, estão ou relacionam-se com ambientes insalubres como pântanos.
- No século XVII, Kircher e outros contagionistas desenvolveram mais a teoria de Fracastolo. As partículas contagiantes seriam partículas vivas, originadas por “geração espontânea” .

● 1. Contexto histórico da ciência.

- Sydenham, defensor da teoria miasmática elaborou as bases da constituição epidêmica, no século XVII.
- Inovou o pensamento hipocrático, classificando as doenças e concebendo um elo ambiental para a sua gênese.

● 1. Contexto histórico da ciência.

- A doença foi concebida por Sydenham como um esforço vigoroso da natureza para exterminar a matéria mórbida, procurando com todas as suas forças a saúde do doente".
- Formulou a teoria da constituição epidêmica, como na passagem:
- “As doenças geralmente surgem de alguma desordem peculiar de corpos particulares, por meio do qual o sangue e os humores estão de algum modo viciados, ainda que, algumas vezes, elas (as doenças) procedam mediatamente de alguma causa geral no ar ...”

● 1. Contexto histórico da ciência.

- A principal diferença entre as teorias contagionistas e constituição epidêmica no período reside na ampliação para o ambiente do segundo caso, com uma concepção mais ampla, de causalidade múltipla.
- Virchow, no século XIX, é um dos principais expoentes da teoria da constituição epidêmica. defende a mesma teoria no século XIX.



●1. Contexto histórico da ciência.

- Relata Virchow: “saúde e doença, naturalmente, são propriedades do indivíduo, desde que a vida não pertence à massa e sim ao indivíduo. Certas condições de vida, contudo, dizem respeito a nações inteiras ou à maior parte da população, e enquanto os indivíduos nas suas vidas particulares sempre são os portadores e a expressam de situações e condições, normais e anormais, ainda assim, as manifestações da vida, quando modificadas por condições especiais e temporais podem aparecer de uma maneira tão massiva que podemos nos permitir falar de saúde e doença do povo de uma maneira abstrata, mesmo que não seja o ideal”.

● 1. Contexto histórico da ciência.

- Para Virchow, “as condições naturais induziriam epidemias quando e onde condições sociais precárias produzissem situações anormais prolongadas”. Guerras, pestilência e fome se engendram mutuamente.
- No século XIX, o foco da divergência entre contagionistas e miasmáticos deslocou-se para o anatomismo, para a porta de entrada, entre pele (contágio) e o interior do corpo (alcance do miasma). Para Czeresnia, houve concomitantemente o deslocamento do olfato para a visão, como sentidos fundamentais da percepção da doença e na construção da transmissão. Os constitucionistas da época centravam a análise na fisiologia e sintomatologia, em contrapartida à etiologia.

● 1. Contexto histórico da ciência.

- Henle, formula uma teoria contagionista em 1840, derivada dos postulados de Pasteur e Koch. Henle descreveu o contágio: “... não é a doença, mas a causa da doença que se reproduz a si mesma”. Elaborou também a associação entre etiologia e processo inflamatório.
- Virchow, permaneceu no período defendendo o constitucionalismo, de derivação miasmática. A sua teoria desenvolveu-se muito na questão do contexto das doenças, sendo uma das bases da epidemiologia. Um contagionista seguidor no entanto das idéias de Virchow, Snow, é considerado o fundador da epidemiologia, ao estudar a epidemia de cólera na Inglaterra, em 1849.
- A demonstração de agentes infecciosos por Pasteur e Koch na segunda metade do século XIX sepultou de vez a teoria miasmática, impulsionando a teoria microbiana das doenças.

● 1. Contexto histórico da ciência.

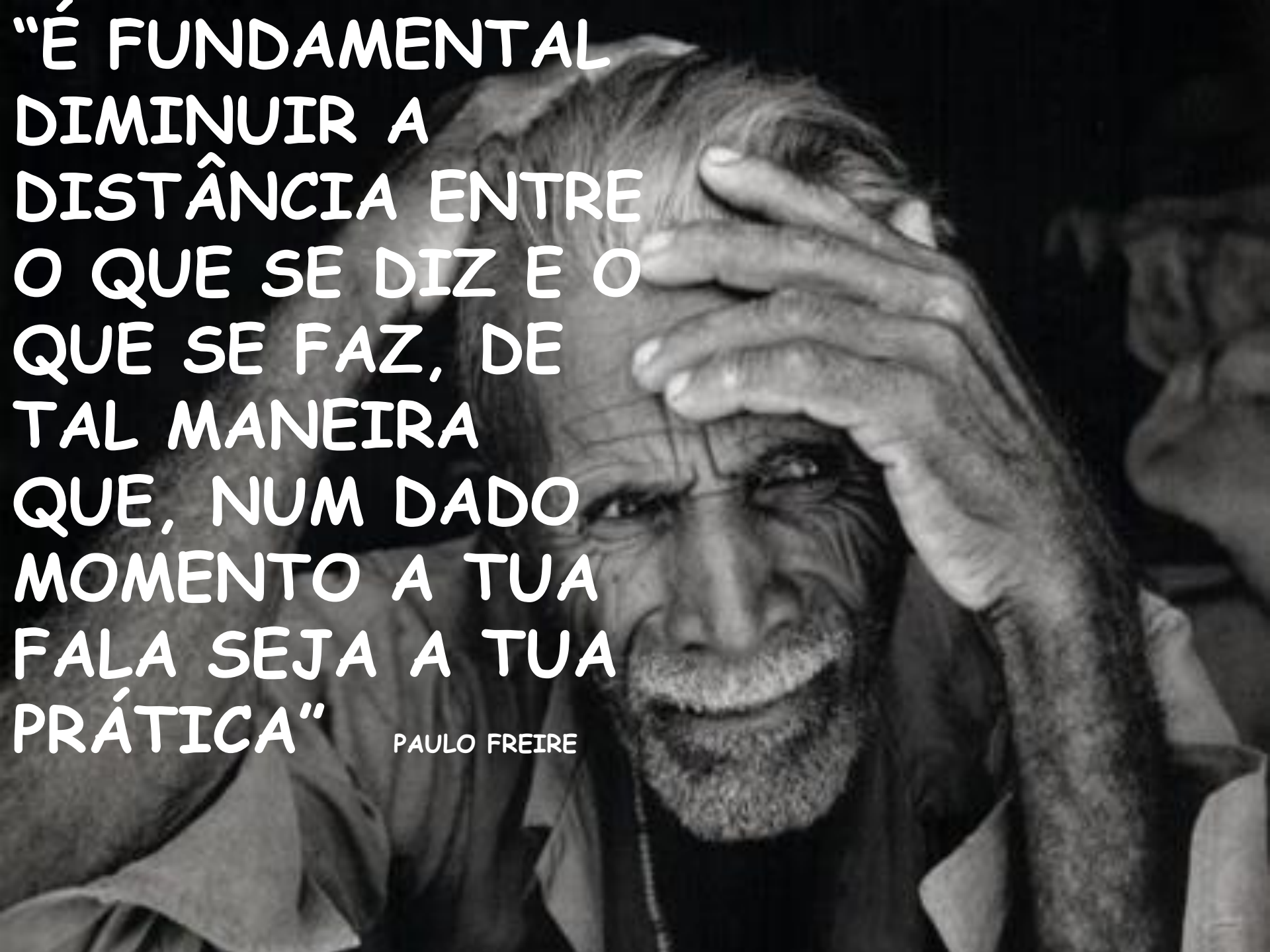
- O estabelecimento de causa microbiológica trouxe o impulsionamento da terapêutica específica. Reforçou no entanto o reducionismo da medicina. “Saber o que causa, combater e curar”, poderia ser o lema deste impulsionamento.
- A teoria microbiológica trouxe o otimismo com “fim das doenças”, presente na primeira metade do século XX. Em 1943, Winslow celebrava “o triunfo de terem sido banidas para sempre da Terra as grandes pragas e pestilências do passado ...”.
- O período coincide com o otimismo das grandes campanhas de saúde, da teoria da “erradicação” e do campanhismo.

- III. História e desenvolvimento dos programas de saúde no Brasil: informações básicas (de CBVE-Unidade 1, vídeo SAL 32, História e desenvolvimento dos programas de saúde no Brasil, M. Scliar)
- 1. Início do século XX: doenças pestilenciais, febre amarela, varíola, peste bubônica. Sanitarismo portuário. Higiene urbana.
- 2. Em 1923, criado o Departamento Nacional de Saúde Pública: higiene industrial, saúde dos portos e combate às endemias rurais.
- Criadas as CAPS: recuperação da saúde dos trabalhadores.
- 3. Década de 30: centralização da política de saúde.
- Industrialização crescente, saúde pública separada da medicina previdenciária.

- III. História e desenvolvimento dos programas de saúde no Brasil: informações básicas (CBVE-Unidade 1)
- Criado o Ministério de Educação e Saúde. Assistentes técnicos federais.
- Criados os serviços contra as endemias: campanhas.
- 4. Décadas de 40 e 50: permanece o campanhas, agora expandindo-se para o meio rural.
- Convênio com Fundação Rockefeller; preocupação com áreas de exploração acelerada como na Amazônia com a borracha.
- Criação do SESP
-

- III. História e desenvolvimento dos programas de saúde no Brasil: informações básicas (CBVE-Unidade 1)
- 5. Década de 60: novas concepções de saúde chegam ao Brasil. São mais integradoras, agregam conceitos de atenção básica e assistência com tecnologia desenvolvida.
- No início, crise do sistema de saúde; aumento de custos, hospitalocentrismo;
- Unificação dos serviços de previdência (INPS)

- III. História e desenvolvimento dos programas de saúde no Brasil: informações básicas (CBVE-Unidade 1)
- 6. Década de 70.
- No início, crise pelo alto custo e persistência das doenças infecciosas.
- A partir de Alma-Ata, a noção em expansão da atenção primária em saúde.
- Implantação de rede de atenção básica; concepção das AIS. Tensão no controle social

A black and white photograph of Paulo Freire, an elderly man with a beard, resting his head on his hand. The image is the background for the text.

“É FUNDAMENTAL
DIMINUIR A
DISTÂNCIA ENTRE
O QUE SE DIZ E O
QUE SE FAZ, DE
TAL MANEIRA
QUE, NUM DADO
MOMENTO A TUA
FALA SEJA A TUA
PRÁTICA”

PAULO FREIRE

História da Organização do SUS

- **IV. Conceitos básicos do SUS (fontes diversas, a transição epidemiológica)**

História da Organização do SUS

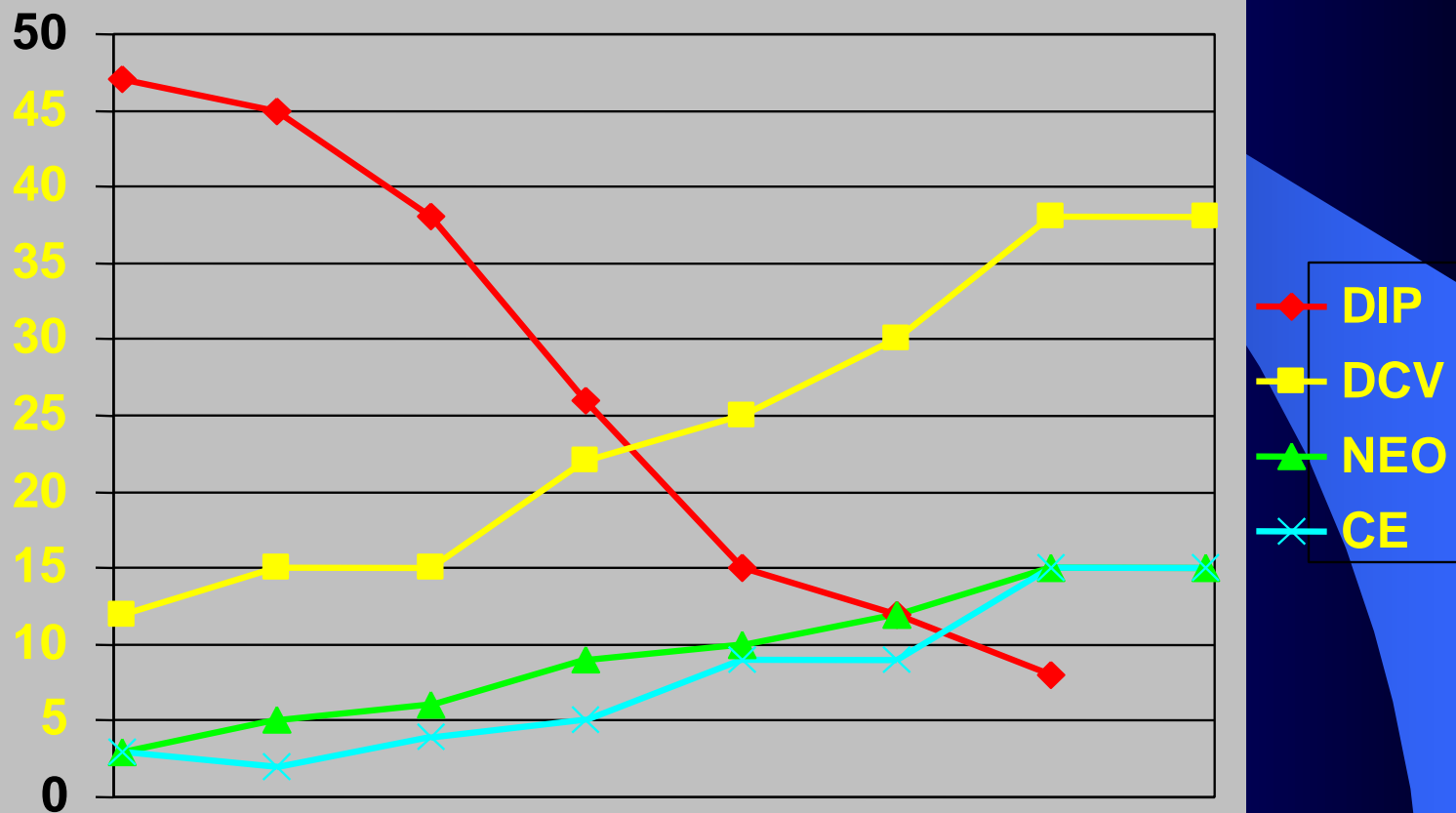
- **1. Macro-problemas para as políticas de saúde no Brasil:**
 - País imenso, populoso e heterogêneo;
 - Alterações demográficas recentes: estrutura etária, urbanização acelerada;
 - Acentuadas desigualdades econômicas e sociais (entre regiões e grupos populacionais);
 - Mudanças epidemiológicas: “transição incompleta”;
 - Características do federalismo brasileiro.

História da Organização do SUS

2. A modificação no perfil da mortalidade por causas:

- As doenças cardiovasculares passam a ser a primeira causa de mortes – 255 mil, 27,4% do total. Caem as mortalidades por infecções, sobem mais lentamente aquelas por neoplasias e por causas externas.

História da Organização do SUS



História da Organização do SUS

3. A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL

- **Reforma sanitária – SUS induzindo:**
- **Novos modos de gestão**
 - **Descentralização**
 - **Participação**
- **Novos modos de atenção à saúde**
 - **Integralidade (na atenção coletiva e individual)**
 - **Educação permanente, diante da rapidez de obsolescência do conhecimento e da rapidez das alterações do objeto e do processo de trabalho em saúde.**

História da Organização do SUS

4. Os níveis de atuação do SUS

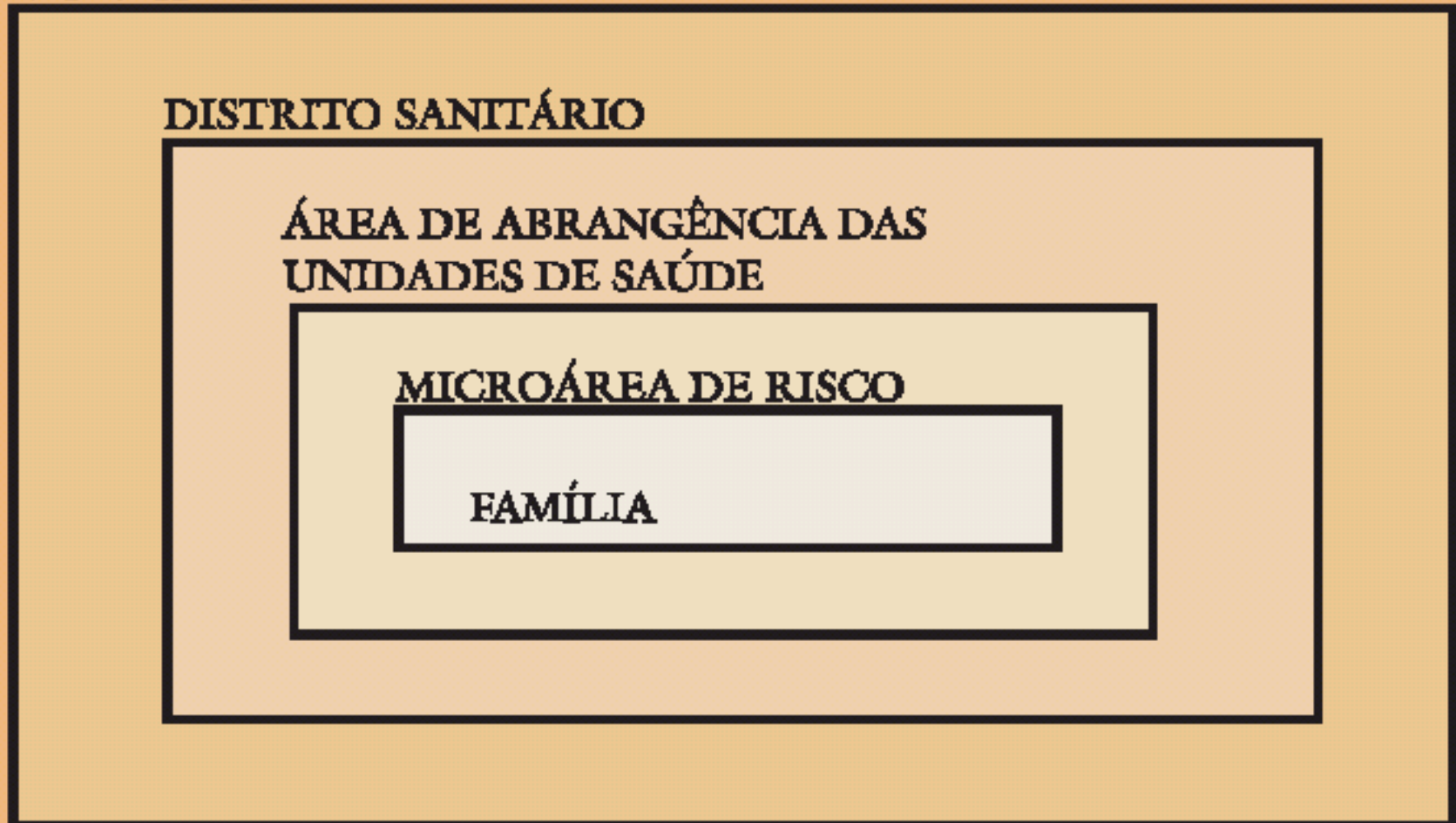
MUNICÍPIO

DISTRITO SANITÁRIO

**ÁREA DE ABRANGÊNCIA DAS
UNIDADES DE SAÚDE**

MICROÁREA DE RISCO

FAMÍLIA



História da Organização do SUS

5. Relevância do SUS

- **90 % da população brasileira é, de algum modo, usuária do SUS;**
- **28,6 % da população é usuária exclusiva do SUS;**
- **61,5 % usa o SUS e algum outro sistema de atenção;**
- **8,7 % da população não usa o SUS**
- **Pesquisa SUS**

História da Organização do SUS

6. O Sistema Único de Saúde

- **Conjunto de ações e serviços de saúde prestados por instituições públicas dos três níveis de governo, com participação complementar do setor privado;**
- **Os três níveis de governo são responsáveis pela gestão e financiamento do SUS, de forma articulada e solidária.**

História da Organização do SUS

7. Princípios do SUS

- **Universalidade de acesso;**
- **Integralidade da assistência;**
- **Igualdade na assistência à saúde;**
- **Participação da comunidade;**
- **Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera.**

História da Organização do SUS

8. Estrutura institucional e decisória do SUS



História da Organização do SUS

11. A vigilância da saúde no SUS

VIGILÂNCIA DA SAÚDE

POLÍTICAS PÚBLICAS
PROMOÇÃO À SAÚDE

CIDADE SAUDÁVEL

ATENÇÃO PRIMÁRIA

SAÚDE DA FAMÍLIA
(PACS / PSF)

ATENÇÃO
SECUNDÁRIA
E TERCIÁRIA

CONSÓRCIO
INTERMUNICIPAL

CONSÓRCIO
MUNICIPAL

História da Organização do SUS

6. A vigilância da saúde no SUS e relação com os modelos assistenciais.

Modelo	Sujeito	Objeto	Meios de Trabalho	Formas de Organização
<i>Modelo médico-assistencial privatista</i>	<i>Médico · especialização · complementariedade (paramédicos)</i>	<i>Doença (patologia e outras) Doentes (clínica e cirurgia)</i>	<i>Tecnologia médica (indivíduo)</i>	<i>Rede de serviços de saúde Hospital</i>
<i>Modelo sanitарista</i>	<i>Sanitarista - auxiliares</i>	<i>Modos de transmissão Fatores de risco</i>	<i>Tecnologia sanitária</i>	<i>Campanhas sanitárias Programas especiais Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária</i>
<i>Vigilância da saúde</i>	<i>Equipe de saúde População (cidadãos)</i>	<i>Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)</i>	<i>Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico- sanitárias</i>	<i>Políticas públicas saudáveis Ações intersetoriais Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) Operações sobre problemas e grupos populacionais</i>

História da Organização do SUS

9. CONTROLE SOCIAL

- É um conceito estreitamente relacionado à participação social e ao processo recente de democratização da sociedade brasileira, onde a idéia principal é que o Estado deve se aproximar da sociedade e criar canais permeáveis às demandas sociais. Assim, está associado à nova modalidade de relacionamento entre Estado e sociedade, consagrada na Constituição de 1988.
- No campo da saúde, foi institucionalizado no interior do aparelho do Estado um sistema nacional de órgãos colegiados com razoável poder legal, onde os usuários têm representação paritária em relação aos prestadores de serviços e ao governo.

História da Organização do SUS

9. CONTROLE SOCIAL NO SUS

- Os principais mecanismos de controle social na saúde são as Conferências e os Conselhos no âmbito das três esferas gestoras do SUS, que têm a atribuição de deliberar sobre a formulação e a fiscalização da política de saúde nos seus respectivos espaços de competência política e administrativa. Hoje, para além das Conferências e Conselhos, outras instâncias da sociedade também são reconhecidas como espaços para o fortalecimento do controle social na saúde, tais como o Ministério Público, órgãos de defesa do consumidor, órgãos de representação de categorias profissionais, dentre outros. Trata-se de viabilizar a prática da democracia participativa, criando condições para que os cidadãos participem das decisões do Estado através de instâncias representativas da sociedade civil.

História da Organização do SUS

10. FUNÇÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE (LEI 8142 E NOBSUS 96)

- Deliberar sobre o Plano de Saúde;
- Fiscalizar a movimentação do Fundo de Saúde;
- Aprovar ou não o orçamento e a sua programação;
- Aprovar ou não os planos de aplicação do governo;
- Apreciar o relatório de gestão;
- Receber e encaminhar denúncias sobre o funcionamento do SUS local;
- Denunciar irregularidades dos gestores;

História da Organização do SUS

10. FUNÇÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE (LEI 8142 E NOBSUS 96)

- Realizar reuniões ordinárias no mínimo mensais;
- Estabelecer regimento interno;
- Aprovar as atas de todas as reuniões;
- Realizar reuniões extra-ordinárias quando preciso;
- Estabelecer comissões para facilitar as deliberações do conselho;

História da Organização do SUS

10. FUNÇÕES DOS CONSELHOS DE SAÚDE (LEI 8142 E NOBSUS 96)

- Convocar conferências de saúde juntamente com o gestor ou quando esse não o fizer;
- Propor políticas públicas específicas para a saúde local.

História da Organização do SUS

11. DESAFIOS E PROPOSIÇÕES

- O controle social não deve se restringir à existência dos Conselhos. Há necessidade de novos espaços e canais de interlocução entre usuários, gestores e prestadores do SUS.
-
- Na nossa realidade existem estes canais?
- Para tal, é imprescindível que se estabeleçam novos canais e estratégias de comunicação, sejam estas diretas ou indiretas.
-
- Para que esta participação seja efetiva, pressupõe do compartilhamento da tomada de decisão entre os diferentes atores do SUS.

História da Organização do SUS

11. DESAFIOS E PROPOSIÇÕES

- É necessário promover a atuação efetiva dos Conselhos de Saúde, para que cumpram o papel para que foram pensados.
- É também necessário proporcionar toda a informação de saúde aos conselheiros, contribuindo para a sua capacitação.
- Os conselheiros tem a necessária informação para cumprir o papel do controle social?

7. Origens e princípios do PSF:

- 1. Apresentado na NOB SUS 96 como uma proposta para a rede básica.
- 2. É sustentado no modelo de Vigilância da Saúde;
- 3. Deveria “contaminar” todo o sistema de saúde, para desinampizar o SUS. **Houve isto?**
- 4. Teve como princípios fundamentais:
 - Melhorar o estado de saúde da população;
 - Construir um modelo de atenção baseado na promoção e prevenção em todos os níveis;
- 5. Deve constituir uma ferramenta de mudança, mas depende de fixação das equipes por concurso público.

7. Origens e princípios do PSF:

- PSF e atenção básica
- O PSF é um salto de qualidade na atenção básica. Para entendermos a APS, precisamos lembrar que é o conjunto de ações do primeiro nível dos sistemas de saúde. Corresponde à “atenção primária de saúde” da Conferência de Alma-Ata (o chamado “primary health care”), documentada no vídeo da OMS obtido em <http://www.paho.org/English/DD/PIN/almaata25.htm>.
- A seguir detalhes do documento da conferência.

7. Origens e princípios do PSF:

Declaration of Alma-Ata

International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978

IV

The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care.

VI

Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.

7. Origens e princípios do PSF:

- Portanto a **atenção básica** apresenta diferenças importantes com relação ao sistema tradicional (**aprofundadas pelo PSF**) conforme Bárbara Starfield (2002):

•:

	Sistema de saúde Tradicional	Atenção Primária
Enfoque	Doença Cura	Saúde Prevenção e atenção
Conteúdo	Tratamento Atenção por episódio Problemas específicos	Promoção da saúde Atenção contínua Ampla atenção
Organização	Especialistas Médicos Consultório individual	Generalistas Outros profissionais Equipe
Responsabilidade	Apenas setor da saúde Domínio pelo profissional Recepção passiva	Colaboração intersetorial Participação da comunidade Auto-responsabilidade

Modelo medicalizado	PSF
Centra a atenção na doença	Centra a atenção na saúde
Atua exclusivamente sobre a demanda espontânea	Responde à demanda espontânea de forma contínua e racionalizada; promove o agendamento.
Ênfase na medicina curativa	Ênfase na integralidade da assistência e vigilância da saúde
Trata o indivíduo como objeto de ação	Trata o indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade
Baixa capacidade para resolver os problemas de saúde	Otimização da capacidade de resolver os problemas de saúde
Saber poder centrado no médico	Saber e poder centrado na equipe
Geralmente limitada à ação setorial	Promove a ação intersetorial
Desvinculação dos profissionais e serviços com a comunidade	Vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade
Relação custo-benefício desvantajosa	Relação custo-benefício otimizada

7. Origens e princípios do PSF:

- Países orientados pela atenção primária apresentam:
- Menor número de crianças com baixo peso ao nascer;
- Mortalidade infantil mais baixa, especialmente a pós-neonatal;
- Menor número de anos de vida perdidos por suicídio;
- Menor número de anos de vida perdidos, atribuídos a todas as causas com exceção a causas externas;
- Maior expectativa de vida em todas as idades com exceção da maior ou igual a 80 anos.

7. Origens e princípios do PSF:

- No aspecto legal, a portaria 1886 de 1997, fornece as diretrizes que reorganizam as práticas de trabalho nas unidades do PSF:
- 1. Substitui as práticas tradicionais das UBS(s), com complementariedade e hierarquização;
- 2. Adscrição da população / territorialização;
- 3. Programação e planejamento descentralizados;
- 4. Integralidade da assistência;
- 5. Abordagem multiprofissional;
- 6. Estímulo à ação intersetorial;
- 7. Estímulo à participação e controle social;
- 8. Educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família;

7. Origens e princípios do PSF:

- 9. Adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação.
- As unidades de PSF caracterizam-se por:
 - 1. Unidades ambulatoriais de assistência contínua nas especialidades básicas com equipe multiprofissional. Desenvolve a promoção da saúde, prevenção em todos os níveis, com foco no indivíduo, família, comunidade e meio ambiente.
 - 2. Promove o primeiro contato; assegura a referência e contra-referência;
 - 3. Trabalha com a definição de território sanitário, áreas e micro-áreas de responsabilidade; cadastra as famílias.

7. Origens e princípios do PSF:

- 4. Cada equipe responsabiliza-se por 1000 famílias ou 4500 pessoas;
 - 5. Compõe-se de médico(a), enfermeiro(a), auxiliar de enfermagem e agentes comunitários (um para 150 famílias ou 750 pessoas).
-
- A política do PSF vem sendo cumprida a contento?
 - Na realidade municipal a saúde como bem universal vem sendo aproximada com os PSF(s)?

Legislação brasileira concernente ao SUS: Lei 8080

- 1. Dinâmica: leitura de capítulos e debate. A Lei 8080/90 será disponibilizada.

Legislação brasileira concernente ao SUS: Lei 8080

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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Disposição Preliminar

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

TÍTULO I Das Disposições Gerais

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II

Legislação brasileira concernente ao SUS: Lei 8080

- a) de vigilância sanitária;
 - b) de vigilância epidemiológica;
 - c) de saúde do trabalhador; e
 - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.
- II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
 - III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
 - IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
 - V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
 - VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
 - VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
 - VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
 - IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
 - X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
 - XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

- I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e
- II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

- I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho.

CAPÍTULO II Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 193 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade 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;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - participação da comunidade;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - conjugação dos 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;
- XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
- XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

CAPÍTULO III Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

- I - alimentação e nutrição;
- II - saneamento e meio ambiente;
- III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;
- IV - recursos humanos;
- V - ciência e tecnologia; e
- VI - saúde do trabalhador.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

CAPÍTULO IV

Da Competência e das Atribuições

Seção I

Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;