

História da Organização do SUS

Aula 8

Conferências Nacionais de Saúde

Saúde da População Negra: introdução

Antônio Leite Ruas Neto:

História das Conferências Nacionais de Saúde

Entre os dias 7 e 11 de dezembro, quando vai acontecer a 12ª Conferência Nacional de Saúde, mais um capítulo da história da saúde no Brasil será escrito. Desta vez, numa perspectiva inédita, a sociedade é quem vai escrever o roteiro da trama, ou melhor, do programa do governo federal na área de saúde. Esta conferência será o momento de apontar os novos desafios no processo de consolidação das diretrizes da universalidade, integralidade e equidade que regem o sistema.

Mas as seis décadas de história das conferências de saúde nem sempre foram democráticas assim. Na verdade, as conferências mudaram bastante e só com o tempo se transformaram em fóruns privilegiados de discussões sobre a saúde no país. Para se ter uma idéia, a 1ª Conferência, realizada em 1941 reuniu apenas 70 participantes e somente depois de 45 anos, a lendária 8ª Conferência ocorreu com a presença de mais de 4 mil pessoas.

A Lei que instituiu as conferências de Saúde foi promulgada em 1937, no primeiro governo de Getúlio Vargas, em um tempo caracterizado principalmente pela falta de liberdade política. Daí se explica a idéia inicial de que as Conferências serviriam apenas como um encontro de técnicos e administradores do ministério e dos estados para assessorar o ministro nos campos da educação e da saúde. Além disso, fatos históricos como golpe de 1937 e a 2ª Guerra Mundial, por exemplo, contribuíram para abortar qualquer iniciativa de discussão das políticas de saúde. Durante a 2ª Guerra, a aproximação do governo brasileiro com os Estados Unidos gerou uma série de acordos dentre eles o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), que durou até a década de 90. Nessa época foram criados os Serviços Nacionais (da Tuberculose, da Lepra. Etc) que tinham uma concepção totalmente voltada para a cura e não para a prevenção. Foi o período de uma segunda grande reforma ministerial no campo da saúde.

Conferências - A 1ª Conferência, apesar de ter sido um encontro despolitizado, marcou a história da saúde brasileira por causa de algumas demandas, como por exemplo, por um ministério da saúde, que existe desde o início da República, e outra pela reelaboração das relações entre os entes federados, que tendia à centralização, até por conta da falta de capacidade técnica da quase totalidade dos municípios para resolver seus problemas sanitários.

A 2ª Conferência só foi acontecer em 1950 e se destacou na estabelecimento de leis referentes à higiene e segurança do trabalho e à prestação de assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes. A 3ª, por sua vez, representou a primeira proposta efetiva de descentralização na área da saúde e foi a primeira realizada após a criação do Ministério da Saúde, em 1953.

- **2ª Conferência Nacional de Saúde**
- Durante a 1ª CNS definiu-se que as conferências ocorreriam anualmente ou, pelo menos, de 2 em 2 anos, porém, por motivos diversos isso não foi possível e a 2ª CNS ocorreu somente em 1950, e nela estabeleceu-se legislação referente à higiene e segurança do trabalho e à prestação de assistência médica e sanitária preventiva para trabalhadores e gestantes. Não há registros formais sobre a 2ª Conferência Nacional de Saúde.

As quatro conferências posteriores, ocorridas durante os governos militares, voltaram a ter uma caráter predominantemente técnico e burocrata. A 4ª Conferência teve como tem central a questão dos recursos humanos e a necessidade de se identificar o tipo de profissional necessário às demandas do país. A 5ª Conferência (1975) discutiu o sistema nacional de saúde, o programa de saúde materno-infantil, o sistema de vigilância epidemiológica, o controle das grandes endemias e a extensão das ações de saúde às populações rurais. A 6ª Conferência (1977), tratou do controle das grandes endemias e da interiorização dos serviços de saúde e a discussão da 7ª foi norteadada, principalmente pela criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), mas abordou assuntos sobre os serviços de saúde nas universidades federais e a articulação dos serviços básicos com os serviços especializados no sistema de saúde.

A 8ª CNS - A 8ª Conferência foi acima de tudo o resultado de um grande movimento de âmbito nacional em defesa da saúde. Forças sociais e políticas, juntamente com o "movimento sanitário" então aglutinam-se em torno de um compromisso com o processo de mudança. Daí realizam-se várias reuniões para debater a saúde e o CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e surgem as primeiras manifestações em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), antes vaga e pouco consistente, mas que começa aqui a traduzir-se em propostas concretas resultantes de diferentes estratégias.

O processo de preparação da 8ª Conferência foi então desencadeado através do estímulo e apoio à realização das pré-conferências estaduais e da ampla divulgação do temário para a discussão na sociedade em geral. Essa forma de organização concretizou a proposta do debate democrático, possibilitando que os representantes da sociedade civil organizada sentassem à mesma mesa de discussão com técnicos, profissionais de saúde, intelectuais e políticos realmente, em fóruns representativos de debate, contando sempre com a participação de mais de mil pessoas e aprovando relatórios finais que muito contribuíram como subsídios para o debate nacional. Essa organização, portanto, marca toda a diferença e dá o principal tom à 8ª Conferência.

Então, superando todas as expectativas e estimativas feitas anteriormente, mais de quatro mil pessoas participaram da Conferência. De qualquer forma, a 8ª cumpriu duas tarefas: uma, imediata, de esclarecimento e consolidação da política setorial do governo. E a outra, de afirmação de um conceito sobre a Reforma Sanitária, que então se pretendia viabilizar e desencadear com a Constituinte.

Outras Conferências - A 9ª Conferência só foi acontecer em 1992 e debateu principalmente sobre a participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A 10ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em 1996 num momento em que o Sistema Único de Saúde (SUS) atravessava gravíssima restrição orçamentária. A 10ª Conferência é marcada pela necessidade de avaliação do sistema implantado e a busca de seu aprimoramento, em especial dos mecanismos de financiamento, principal empecilho identificado para a consolidação e fortalecimento do SUS em todo o Brasil.

A 11ª Conferência, ocorrida em 2000, foi marcada pelo tema escolhido: "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social".

- Como organizar uma Conferência Nacional de Saúde?
- Quais as principais decisões da 8ª CNS?
- Escolher uma CNS posterior à 8ª CNS e resumir para apresentar as suas principais conclusões (em grupo).

- 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.

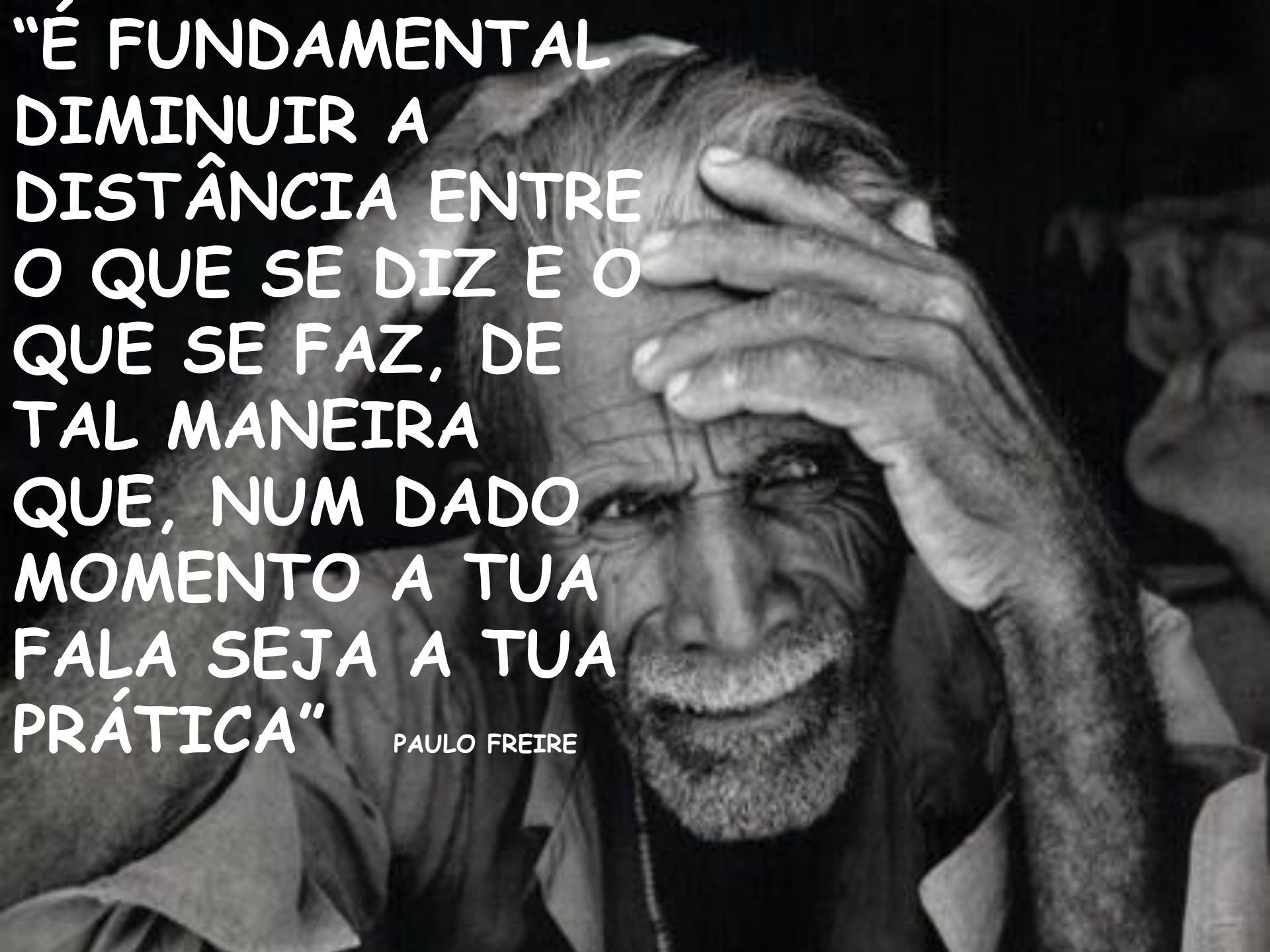
- O estabelecimento de causa microbiológica trouxe o impulsionamento da terapêutica específica. Reforçou no entanto o reducionismo da medicina. “Saber o que causa, combater e curar”, poderia ser o lema deste impulsionamento.
- A teoria microbiológica trouxe o otimismo com “fim das doenças”, presente 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: campanhismo.
- 4. Décadas de 40 e 50: permanece o campanhismo, 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

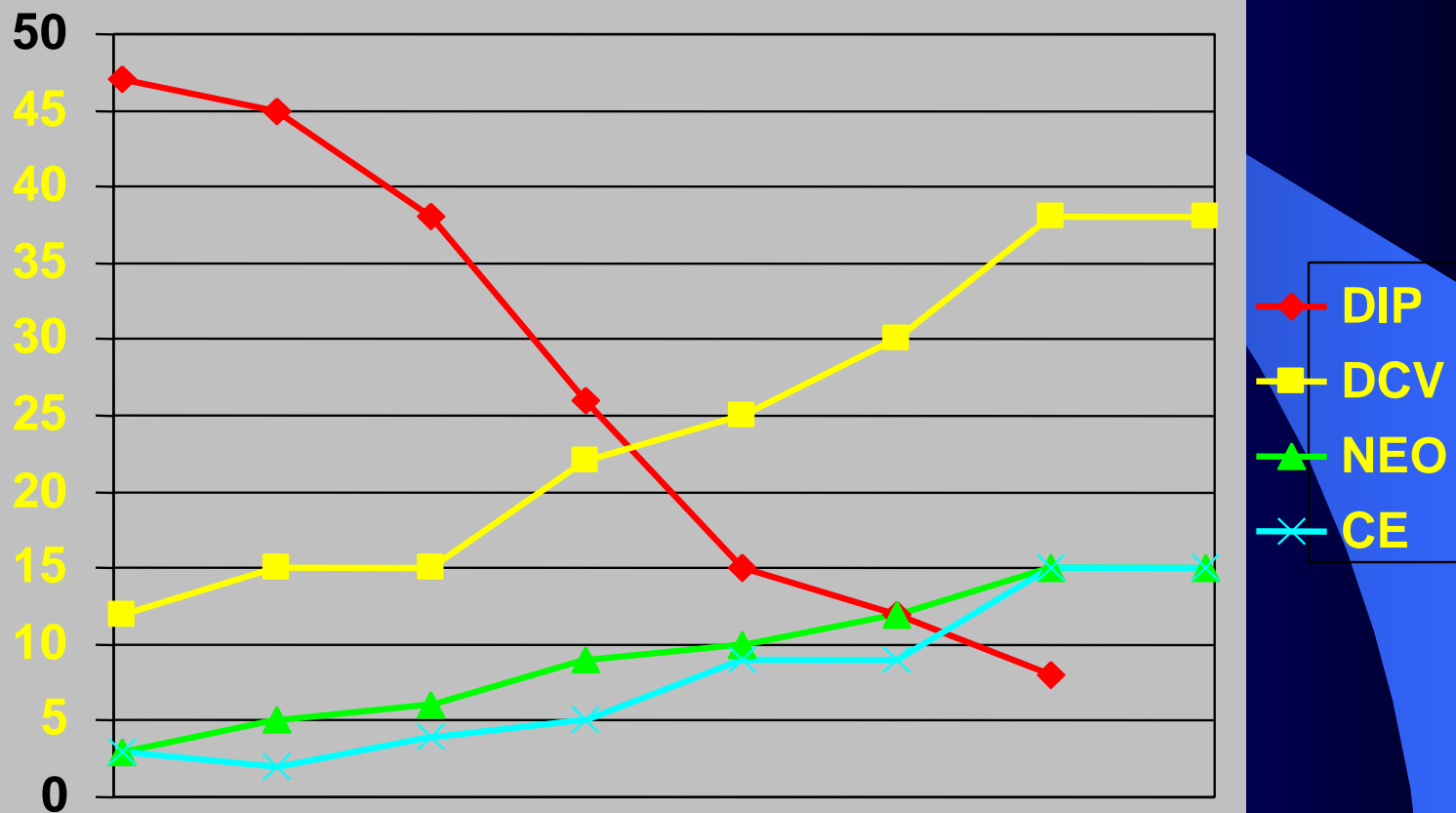
- **1. Macro-problemas para as políticas de saúde no Brasil:**
 - País imenso, populoso e heterogêneo;
 - Alterações demográficas recentes: estrutura etária, urbanização acelerada;
 - Acentuadas desigualdades econômicas e sociais (entre regiões e grupos populacionais);
 - Mudanças epidemiológicas: “transição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

O diagrama apresenta uma estrutura hierárquica de atuação do SUS, representada por quatro retângulos concêntricos. O nível mais amplo é o Município, que contém o Distrito Sanitário. Dentro do Distrito Sanitário, encontra-se a Área de Abrangência das Unidades de Saúde. Esta área contém a Microárea de Risco, que por sua vez contém a Família. Cada nível é delimitado por uma linha preta, criando uma sensação de profundidade e inclusão.

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-ESF:

- 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-ESF:

- 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-ESF:

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-ESF:

- 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-ESF:

- 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-ESF:

- 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-ESF:

- 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-ESF:

- 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;