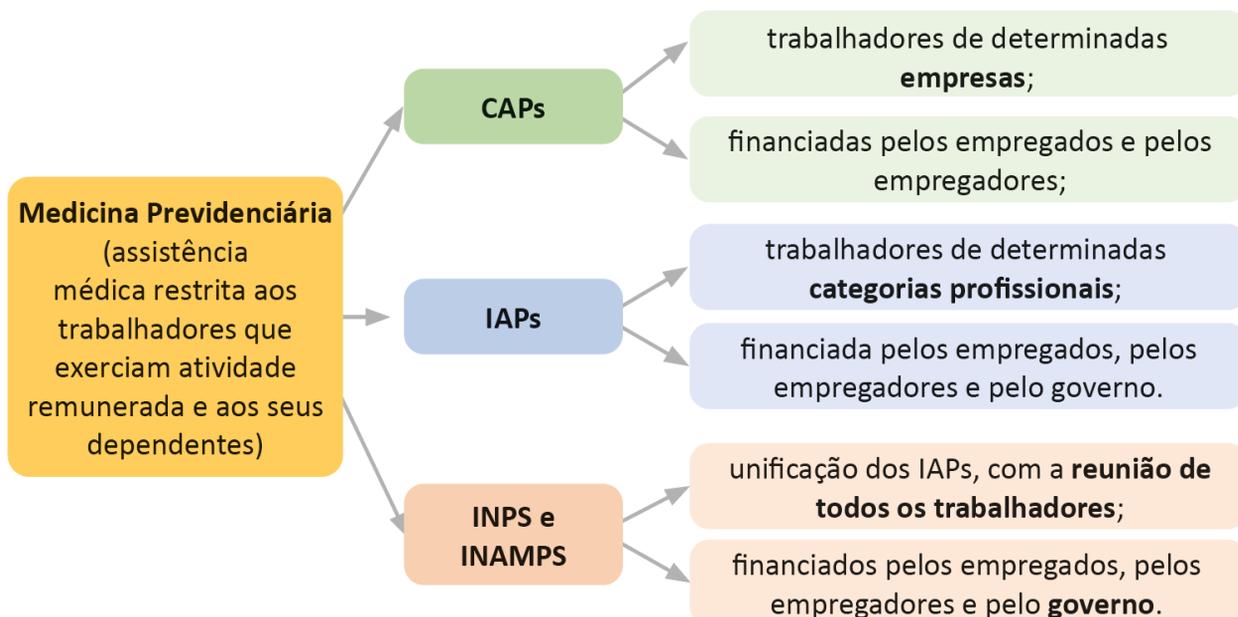
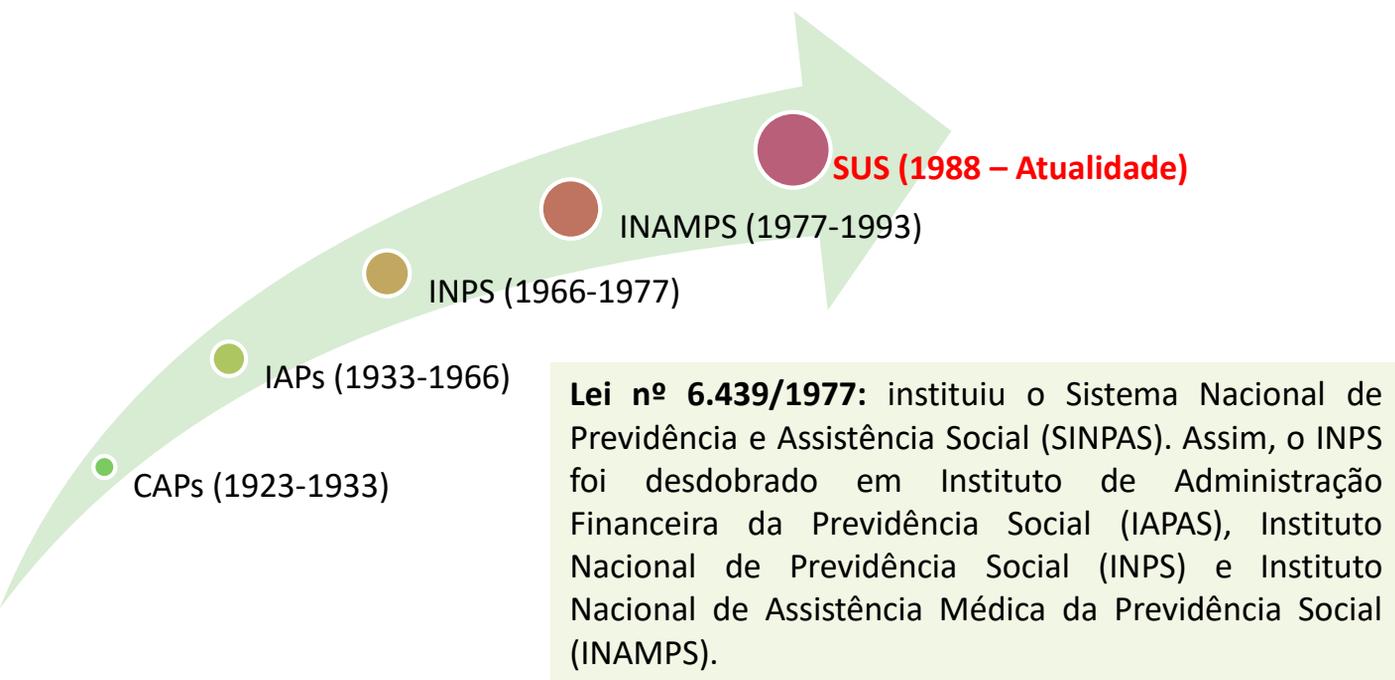


Evolução Histórica das Políticas de Saúde

Evolução da Medicina Previdenciária no Brasil

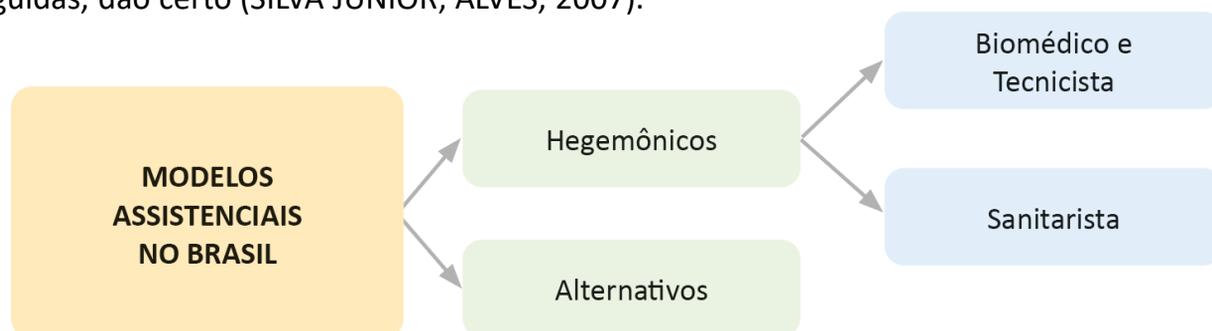


Principais características da história da Saúde Pública Brasileira - Período Republicano

<p>República Velha (1889-1930)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ A assistência à saúde pública e à privada era de baixa qualidade e resolutividade; ■ Ênfase em campanhas de prevenção e de combate a algumas doenças transmissíveis e endemias rurais; ■ Assistência à saúde oferecida pelas Santas Casas de Misericórdia para a população carente; ■ Criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), em 1923, que deram início à assistência médica previdenciária, restrita a trabalhadores de determinadas empresas.
<p>Era Vargas (1930-1964)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Saúde pública a cargo do Ministério da Saúde e Educação Pública (MESP) e, posteriormente, do Ministério da Saúde (MS), de baixa qualidade e limitada; ■ Assistência médica prestada por meio dos IAPs somente aos trabalhadores de determinadas categorias profissionais que exerciam atividade remunerada; ■ Os IAPs substituíram as CAPs a partir de 1933.
<p>Autoritarismo (1964-1985)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Saúde pública a cargo do Ministério da Saúde, de baixa qualidade e limitada; ■ Unificação dos IAPs, que originou o INPS em 1966; ■ Criação do INAMPS, em 1977, que desmembrou as ações de assistência médica do INPS; ■ As políticas de saúde privilegiavam o setor privado; ■ Assistência médica previdenciária (INPS e INAMPS) restrita aos trabalhadores que exerciam atividade remunerada e respectivos dependentes, estendida no final do período da Ditadura Militar aos trabalhadores rurais; ■ Assistência médica previdenciária centrada na doença e nos procedimentos, de baixa qualidade e alto custo, que culminou com a falência do INAMPS; ■ Início do movimento da Reforma Sanitária na década de 1970; ■ Criação do plano CONASP (Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária), em 1981, e implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983.
<p>Nova República (1985-1988)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fortalecimento do Movimento da Reforma Sanitária; ■ 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986; ■ Início do processo de descentralização das ações de saúde para estados e municípios; ■ Criação do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, e do SUS, em 1988.
<p>Pós-Constituinte</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Adoção dos princípios e das diretrizes do SUS; ■ Universalização da Saúde: “Saúde, direito de todos e dever do Estado”; ■ Enfrentamento de muitos problemas para a implantação do SUS; ■ Extinção do INAMPS por meio da Lei nº 8.689/1993; ■ Enfrentamento de grupos corporativistas e empresariais que são contrários ao SUS, por questões econômicas e financeiras temerosas; ■ Entraves na consolidação do SUS, em decorrência da gestão ineficaz e fragmentada, da corrupção, do subfinanciamento e da hegemonia do modelo centrado na doença e no hospital (biomédico).

1.7 - Modelos de Atenção à Saúde

O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em dada sociedade, as ações de atenção à saúde que envolvem os aspectos tecnológicos e assistenciais. Nessa perspectiva, não há modelos certos ou errados ou receitas que, quando seguidas, dão certo (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).



Modelo Biomédico

O **modelo biomédico** (modelo médico assistencial privatista): é fortemente associado ao diagnóstico e à terapêutica, em que não se consideram a complexidade do processo de saúde e doença bem como as características singulares das pessoas e das famílias, inseridas em um contexto socioeconômico, ambiental, político e cultural. Nesse sentido, podemos destacar as seguintes características desse modelo que, infelizmente, ainda é hegemônico no Brasil (PORTELLI, 2002; PAIM, 2008; FERTONANI *et al.*, 2015)

foco no individualismo;

predominância de ações diagnósticas e curativas;

saúde/doença encarada como mercadoria;

estímulo ao consumismo médico e à medicalização dos problemas;

ênfase ao biologismo;

desmerecimento dos fatores determinantes sociais em saúde (DSS);

desvalorização das ações de prevenção e promoção de saúde;

participação passiva ou subordinada dos consumidores/usuários de saúde.

Modelo Sanitarista

Outro modelo de atenção à saúde ainda presente no Brasil é o sanitário, **caracterizado por campanhas e programas de saúde ambulatoriais verticais e fragmentados** (programas de pré-natal, puericultura, tuberculose, hanseníase), com ênfase no atendimento da demanda espontânea (ações pontuais), em detrimento da prevenção e da promoção da saúde. Esse modelo começou a se expandir a partir da década de 1930 e **não valoriza os princípios e as diretrizes da atenção básica e das redes de atenção à saúde.**

MODELOS HEGEMÔNICOS



MODELOS ALTERNATIVOS

- demanda espontânea;
- assistência à saúde fragmentada;
- sem planejamento;
- poucas ações de prevenção de doenças e promoção da saúde.

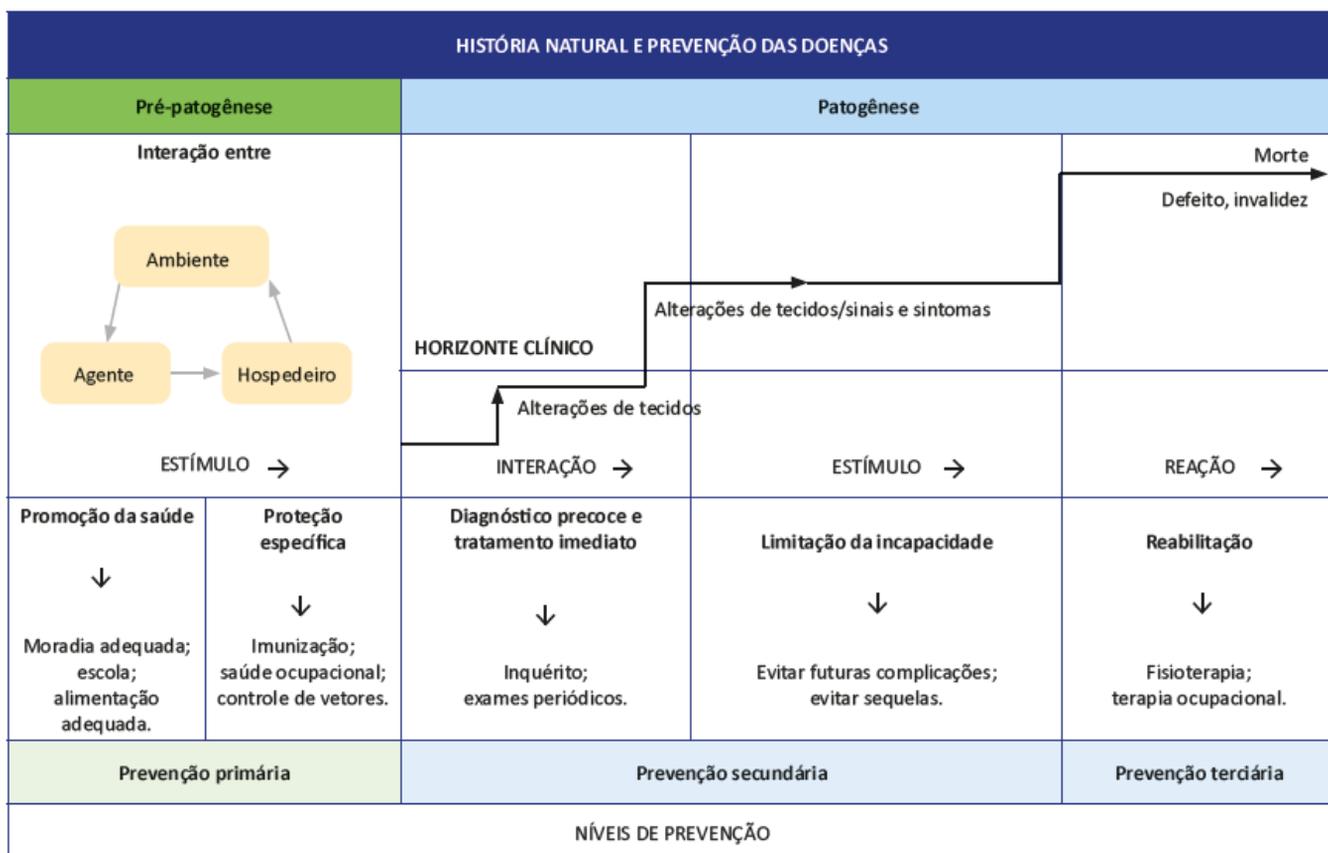
- assistência integral, humanizada, com responsabilização e vínculo entre trabalhadores e usuários;
- articulação das ações de demanda espontânea e demanda programada.

História Natural da Doença

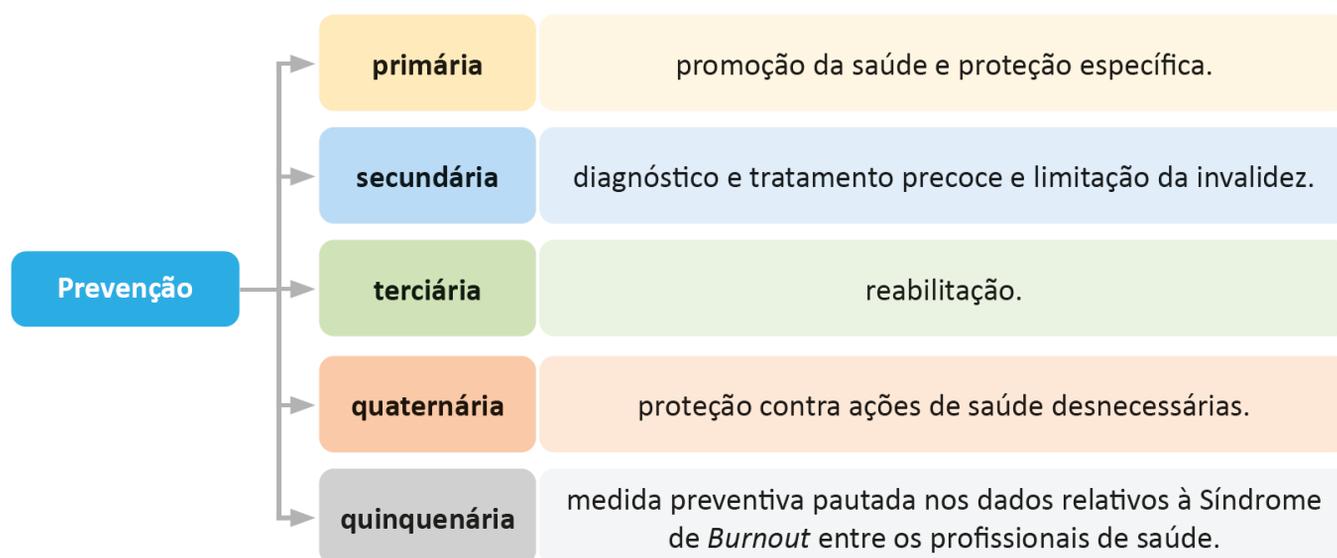
Linha do tempo: momentos históricos

Pensamento Mágico-religioso	manutenção da coesão social e início da prática médica - incas, hebreus, egípcios;
Medicina hipocrática	medicina grega: Hipócrates “Teoria dos miasmas” (<i>ar de regiões insalubres - maus ares</i>); Império Romano: práticas de saúde pública;
Idade Média	relação entre doença e pecado; purificação da alma; corpo físico menos importante;
Renascimento	persistência do misticismo; revalorização do saber técnico (agricultura, mineração, metalurgia e navegação);
Medicina social	considera aspectos econômicos, sociais e culturais envolvidos na saúde/doença da população;
Era bacteriológica	surgimento do microscópio (séc. XVII); microrganismos/patógenos (séc. XIX); participação de vetores, hospedeiros na transmissão de doença (séc. XX);
Unicausalidade e multicausalidade	modelo unicausal: a ação é de um único agente; modelo multicausal: doença resultante do desequilíbrio no sistema “ <i>Triade Epidemiológica (ambiente-agente-hospedeiro)</i> ”;
Produção social	a “causalidade” é substituída pela “determinação”; hierarquia das condições ligadas à estrutura social – “modos e estilos de vida” – cultura, sociedade e espaço.

Fonte: FONSECA; CORBO, 2007

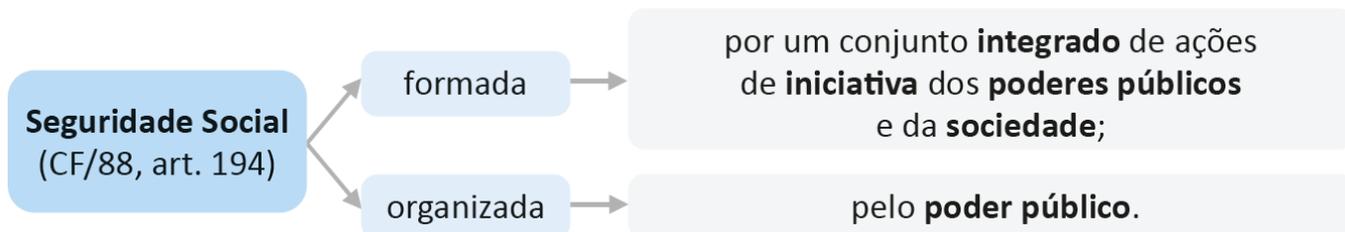


Fonte: Rouquayrol e Gurgel, 2013; Adaptado de Laevell & Clark, 1976.



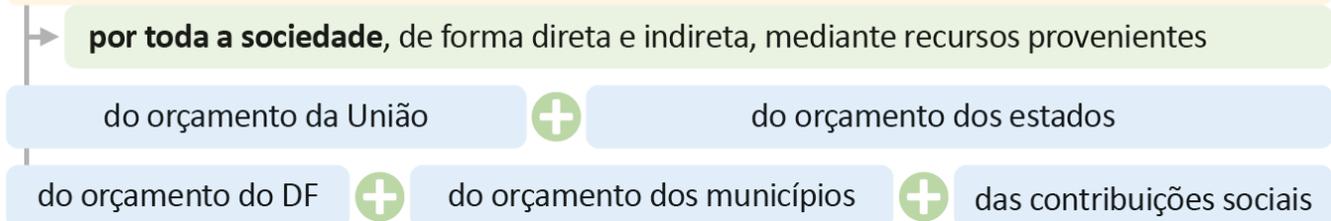
O SUS na Constituição Federal de 1988

Em síntese, a **Seguridade Social** compreende um conjunto integrado de **ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade**, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (CF/88, art. 194). Conceito da Seguridade Social:



O art. 195 da CF/88 estabelece que a **Seguridade Social** seja **financiada por toda a sociedade**, de **forma direta e indireta**, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal (DF), dos municípios e das contribuições sociais.

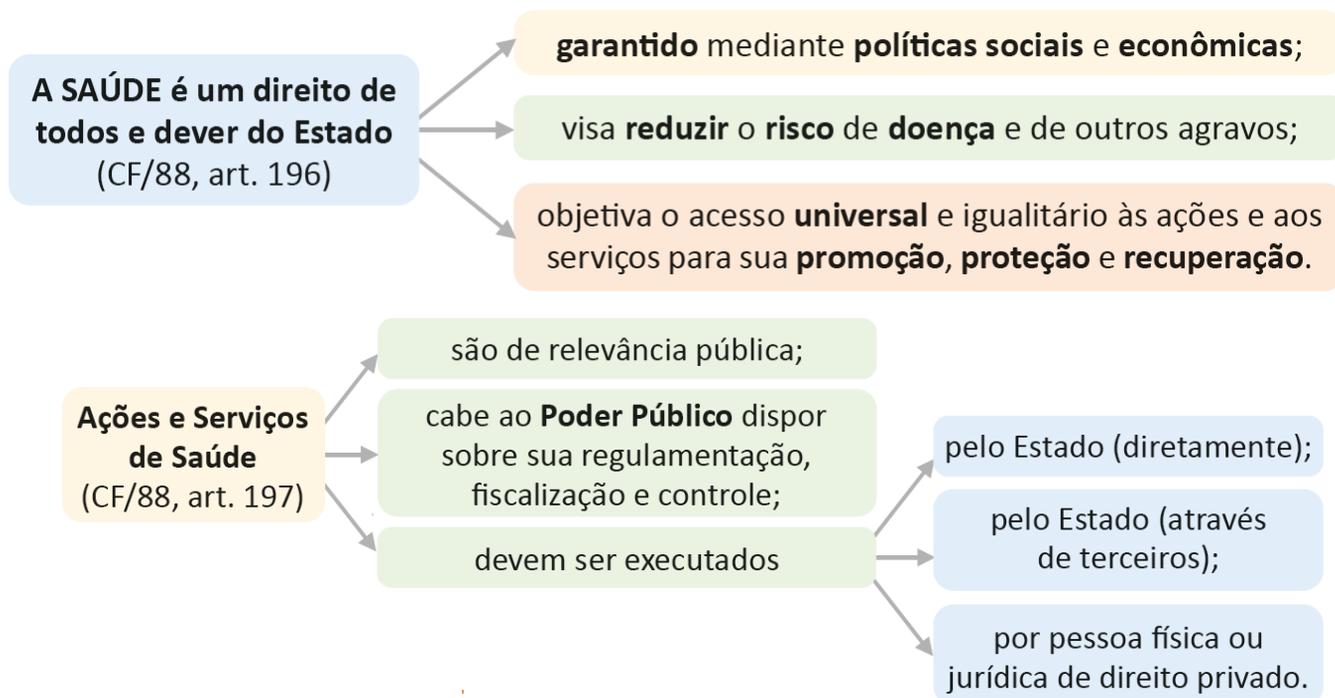
Financiamento da Seguridade Social (CF/88, art. 195)



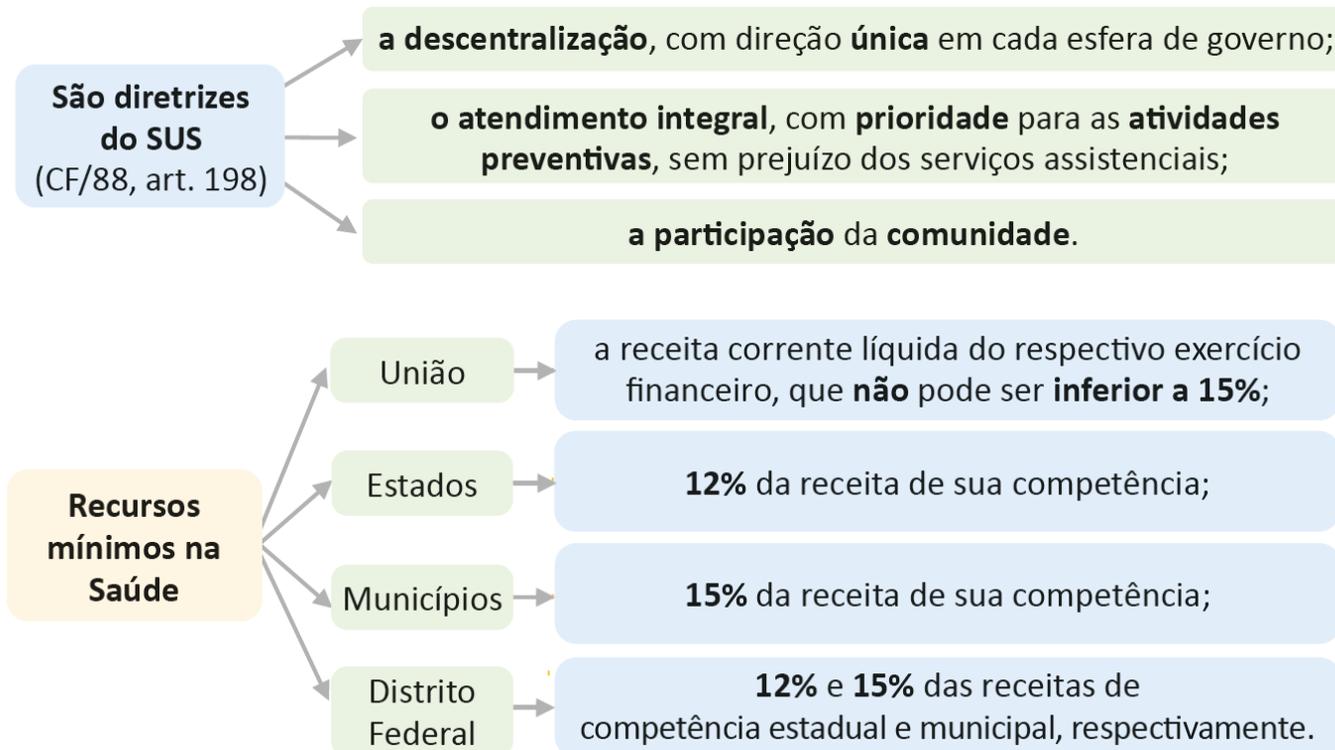
As contribuições sociais, que fazem parte do financiamento da Seguridade Social:

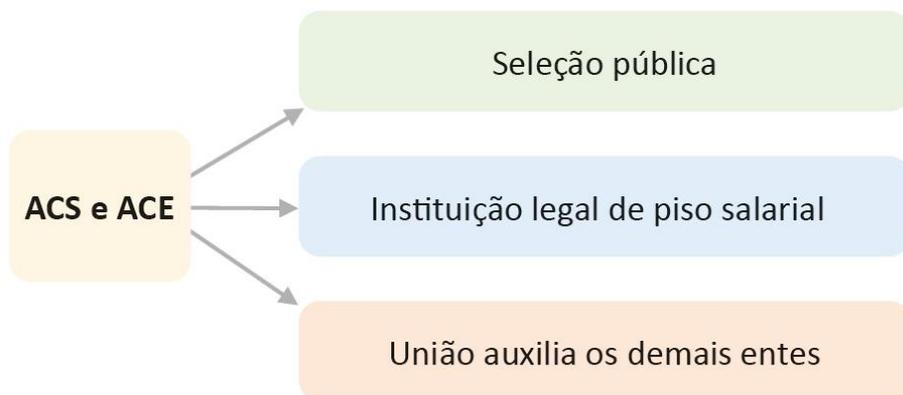
Contribuições Sociais (CF/88, art. 195)

- I - do **empregador**, da **empresa** e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:
 - a) a **folha de salários** e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;
 - b) a **receita** ou o **faturamento**;
 - c) o lucro;
- II - do **trabalhador** e dos demais segurados da previdência social, podendo ser adotadas alíquotas progressivas de acordo com o valor do salário de contribuição, **não incidindo contribuição** sobre **aposentadoria e pensão** concedidas pelo **Regime Geral de Previdência Social** (EC nº 103/2019);
- III - sobre a **receita** de **concursos** de **prognósticos**;
- IV - do **importador** de **bens** ou **serviços** do **exterior** ou de quem a lei a ele equiparar.



As ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede **regionalizada** e **hierarquizada** e constituem um sistema **único**. Vejamos, no esquema a seguir, as diretrizes do SUS estabelecidas na CF/88:



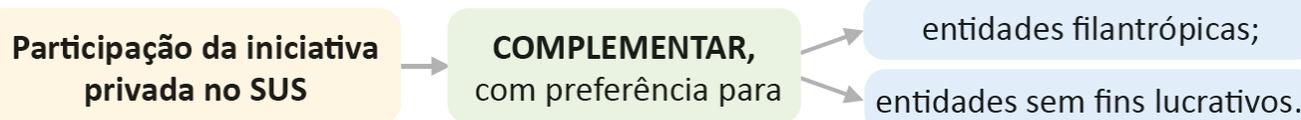


Fonte: Brasil (2009)

Pisos Salariais da Enfermagem

- Lei federal instituirá pisos salariais profissionais nacionais para o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e a parteira, a serem observados por pessoas jurídicas de direito público e de direito privado (CF/88, art. 198, § 12).
- A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, até o final do exercício financeiro em que for publicada a lei de que trata o parágrafo anterior, elaborarão ou adequarão os respectivos planos de carreiras de modo a atender aos pisos estabelecidos para cada categoria profissional (CF/88, art. 198, § 13).

As instituições privadas poderão participar do SUS, de forma complementar, segundo suas diretrizes, mediante contrato de direito público ou convênio. Têm preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (art. 199, § 1º).



Em resumo, estão incluídas, no campo de atuação do SUS, as seguintes ações:

vigilância sanitária;

vigilância
epidemiológica;

saúde do trabalhador;

assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

participação na formulação da política
e na execução do saneamento básico;

ordenação da formação de recursos
humanos;

vigilância nutricional e orientação
alimentar;

colaboração na proteção do
meio ambiente;

política de medicamentos,
equipamentos, imunobiológicos;

controle e fiscalização de serviços,
produtos e substâncias;

fiscalização e inspeção de alimentos,
de água e de bebidas;

participação no controle e na
fiscalização dos produtos psicoativos,
tóxicos e radioativos;

incremento do desenvolvimento
científico e tecnológico;

formulação e execução da política
de sangue e seus derivados.

Lei nº 8.080/1990 e Modificações

Disposições Gerais do SUS (arts. 1º a 4º)

A Lei nº 8.080/1990 dispõe sobre as condições para:

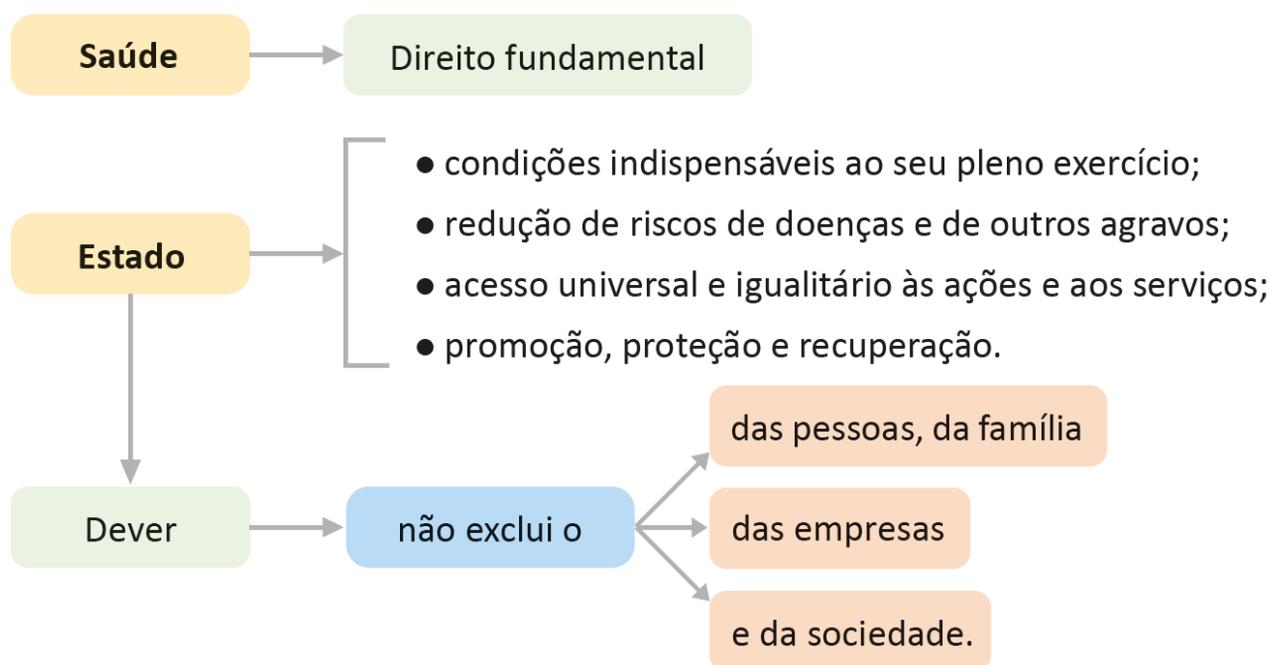
a promoção;

a proteção;

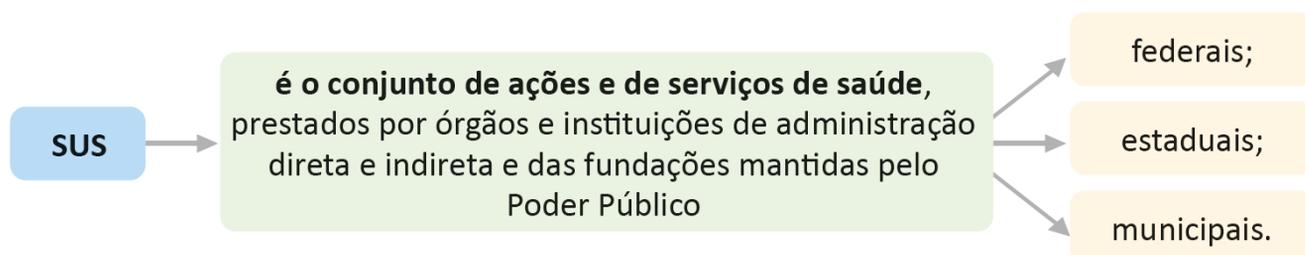
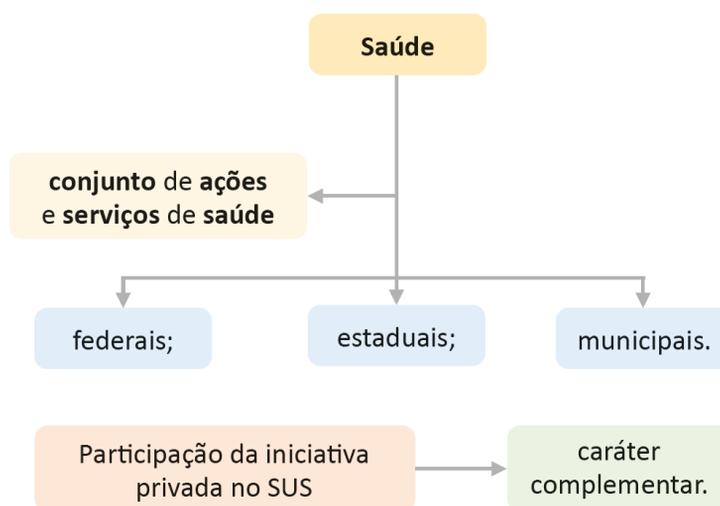
a recuperação da saúde;

a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

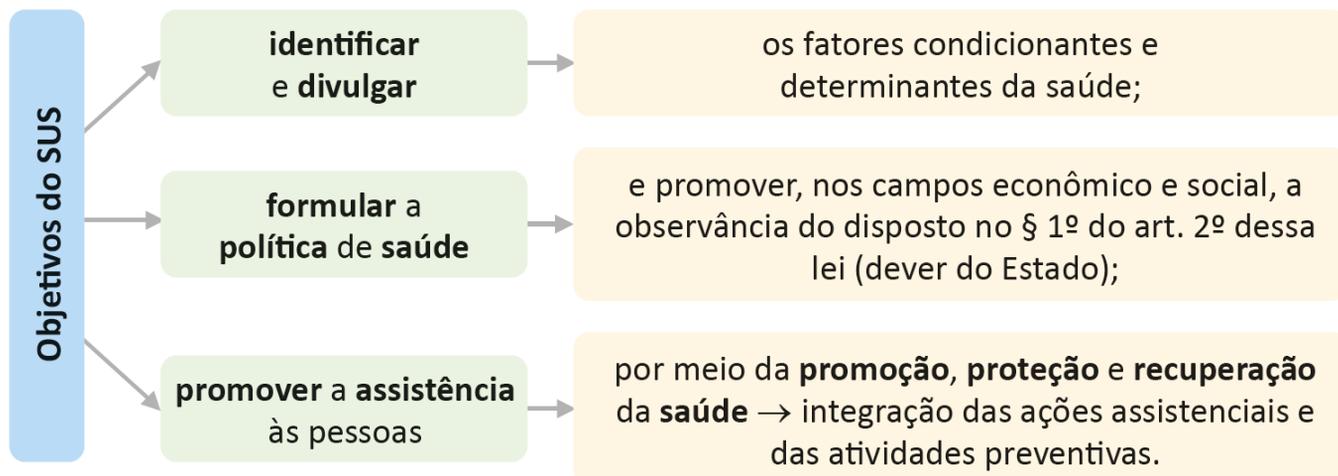
e dá outras providências.



Determinantes e condicionantes:



Também fazem parte do SUS as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde (art. 4º, § 1º).



A **Vigilância Sanitária** compreende um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes:

do meio ambiente;

da produção e da circulação de bens;

da prestação de serviços de interesse da saúde.

A **Vigilância Sanitária** abrange:

o controle de **bens de consumo** que, direta ou indiretamente, relacionam-se com a saúde, compreendidas todas as etapas e os processos, da produção ao consumo; e

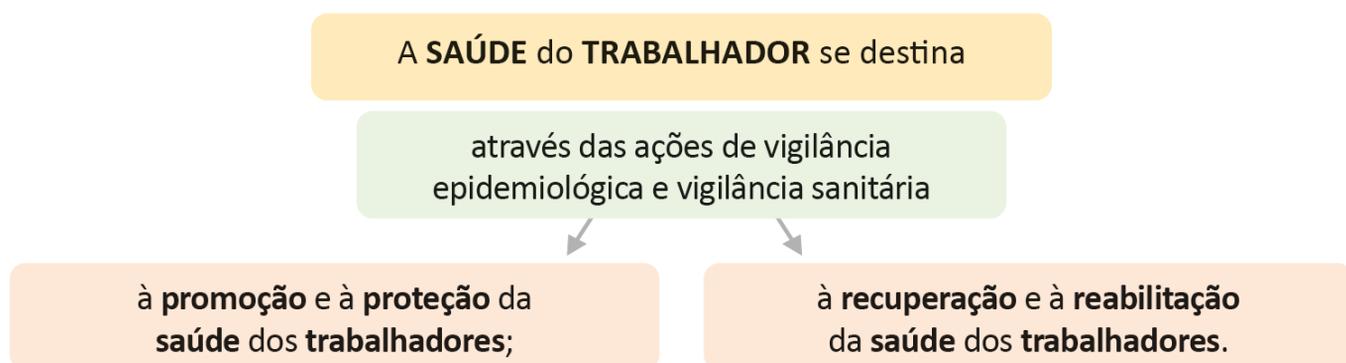
o controle da **prestação de serviços** que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Vigilância Epidemiológica

é o conjunto de ações que proporcionam

o conhecimento, a **detecção** ou a **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** de **doenças** ou **agravos**.



As ações e os serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal e obedecem, ainda, aos seguintes princípios (art. 7º):

I - **universalidade de acesso** aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - **integralidade de assistência**, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e de 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** em 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**, do **meio ambiente** e do **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.

XIV - **organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral**, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013.

INTEGRALIDADE

é entendida como um conjunto **articulado e contínuo** das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

≠

UNIVERSALIDADE

é a garantia de que todos tenham acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

Equidade

Regiões em condições piores de saúde

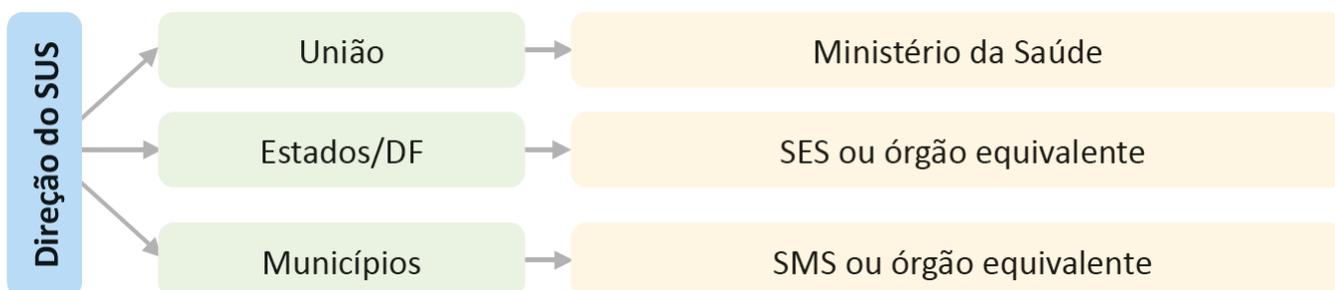
- requerem mais investimentos do que as mais estruturadas;

Pessoas com mais vulnerabilidade e risco

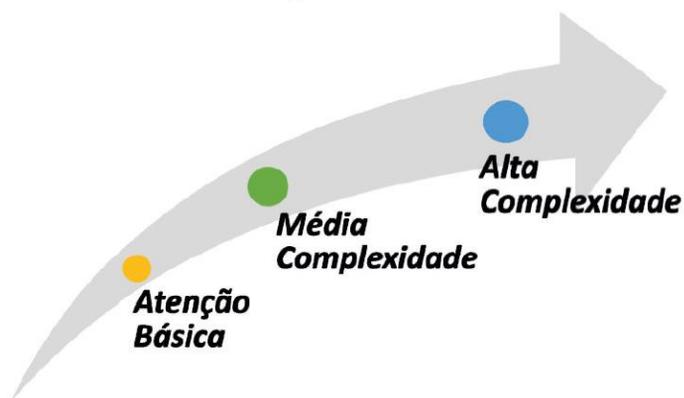
- merecem ser tratadas com prioridade no SUS;

Usuários em situações clínicas mais graves

- devem ser atendidos mais rapidamente.



Níveis de Complexidade Crescente



Fonte: www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao

Regionalização

DIVISÃO DAS REGIÕES DE SAÚDE DA BAHIA



O princípio da **regionalização** está intimamente ligado ao da **hierarquização** do SUS. Vejamos a diferença entre eles no esquema a seguir:

Hierarquização

necessidade de atender aos usuários do SUS em níveis de complexidade crescente (baixa, média e alta), independentemente da localização geográfica.

Regionalização

relacionada à organização dos serviços de saúde por localização geográfica, de modo que todos os níveis de assistência estejam disponíveis aos usuários do SUS, mesmo que em municípios e/ou estados diferentes.

Macrorregião Norte da Bahia

Microrregião de Senhor do Bonfim

Andorinha

Senhor do Bonfim
(Município polo da Microrregião)

Campo Formoso
(Município da Microrregião)

Juazeiro
(Município polo da Macrorregião Norte)

Feira de Santana
(Município polo da Macrorregião Centro-Leste)

Salvador
(Município polo da Macrorregião Leste)

Foram criadas **comissões intersetoriais de âmbito nacional**, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e pelos órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil (art. 12).

Essas comissões têm a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas que não fazem parte do âmbito do SUS (art. 12, parágrafo único).

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

I - alimentação e nutrição;

II - saneamento e meio ambiente;

III - vigilância sanitária e farmacoepidemiologia;

IV - recursos humanos;

V - ciência e tecnologia;

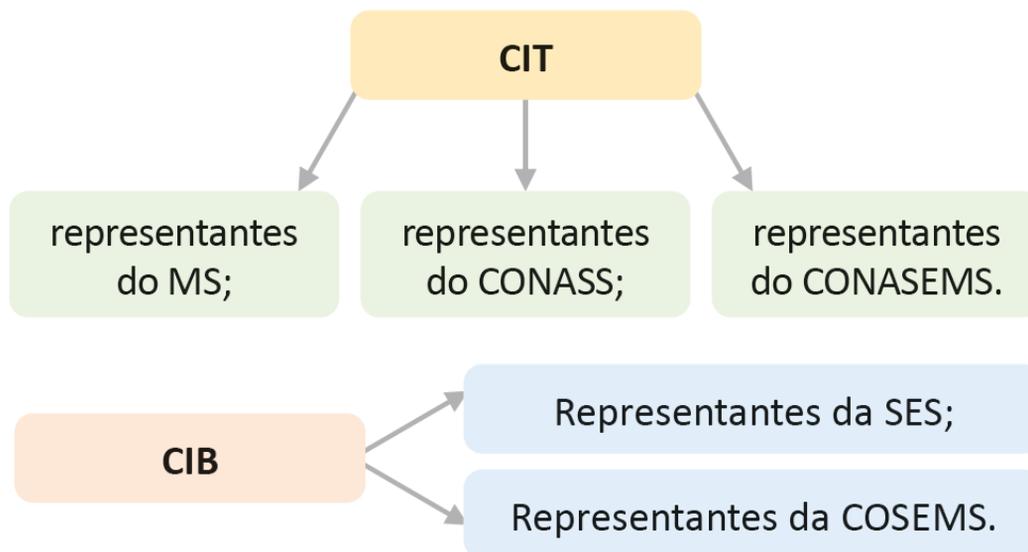
VI - saúde do trabalhador.

Comissões permanentes de integração entre

os serviços de saúde;

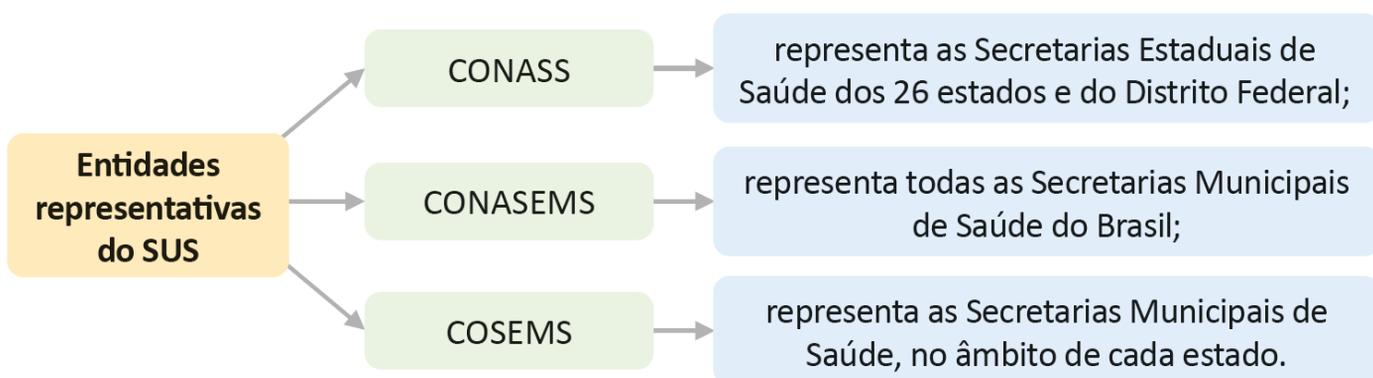
as instituições de ensino profissional e superior.

Cada Comissão Permanente de Integração terá a finalidade de propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e a educação continuada dos recursos humanos do SUS, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (art. 14, parágrafo único).



A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite tem como objetivos (Lei nº 8.080/1990, art. 14-A):

- I - **decidir** sobre os **aspectos operacionais**, financeiros e **administrativos** da **gestão compartilhada** do **SUS**, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde;
- II - **definir diretrizes**, de **âmbito nacional**, **regional** e **INTERMUNICIPAL**, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e dos serviços dos entes federados;
- III - **fixar diretrizes** sobre as **regiões de saúde**, **distrito sanitário**, **integração de territórios**, **referência e contrarreferência** e demais aspectos vinculados à integração das ações e dos serviços de saúde entre os entes federados.



Alimentação e nutrição

União (art. 16)

- formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição.

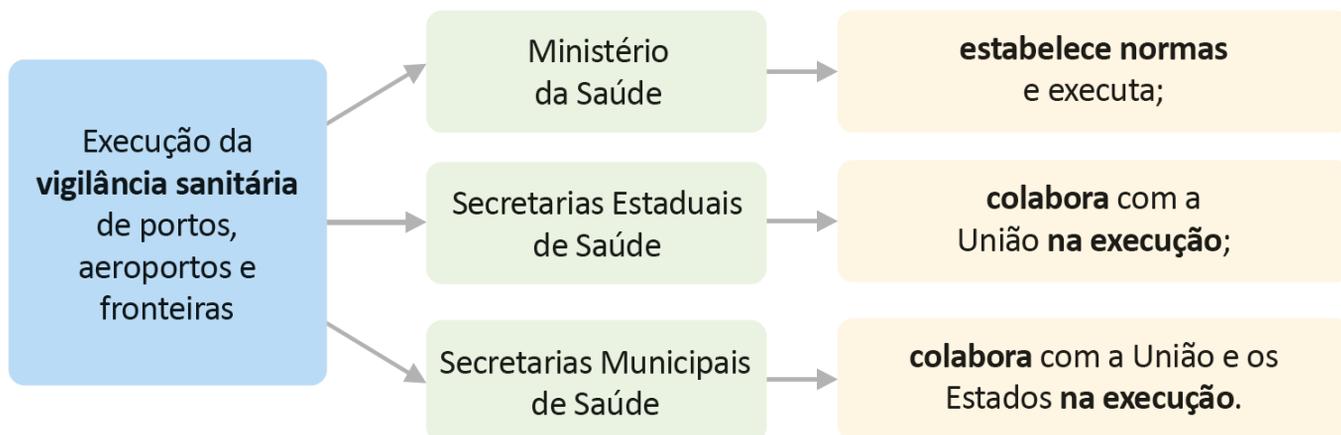
Estados (art. 17)

- coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de alimentação e nutrição.

Municípios (art. 18)

- executar serviços de alimentação e nutrição.

Vigilância Sanitária



Subsistema de Saúde Indígena (arts. 19-A a 19-H)

Art. 19-A

- Ações e serviços de saúde → populações indígenas;
- Obedecerão ao disposto na lei;
- Em todo o território.

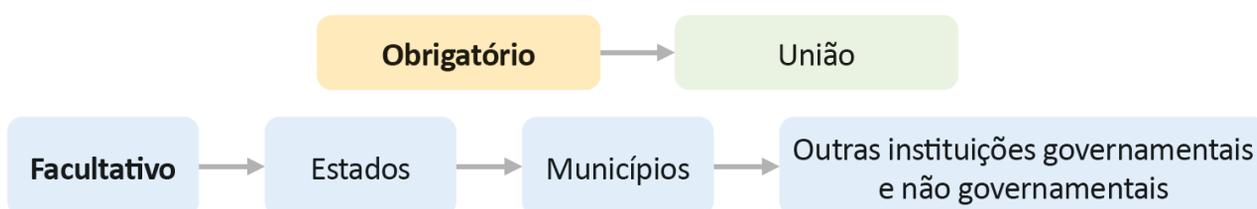
Art. 19-B

- É instituído um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, componente do SUS;
- Criado e definido pelas leis 8.080 e 8.142;
- Funcionará em perfeita integração.

Art. 19-D

- O SUS promoverá a articulação do Subsistema;
- Instituído por essa Lei com os órgãos responsáveis pela Política Indígena.

Financiamento do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena



Art. 19-F

Devem-se levar em consideração obrigatoriamente a realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígenas e o modelo a ser adotado para a atenção à saúde indígena, que se deve pautar por uma abordagem diferenciada e global.

Contemplando os aspectos de

assistência à saúde;

saneamento básico;

nutrição, habitação, meio ambiente;

demarcação de terras, educação sanitária;

integração institucional.

Art. 19-G. O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deverá ser

descentralizado, hierarquizado e regionalizado.

§ 1º Esse Subsistema de que trata o caput desse artigo

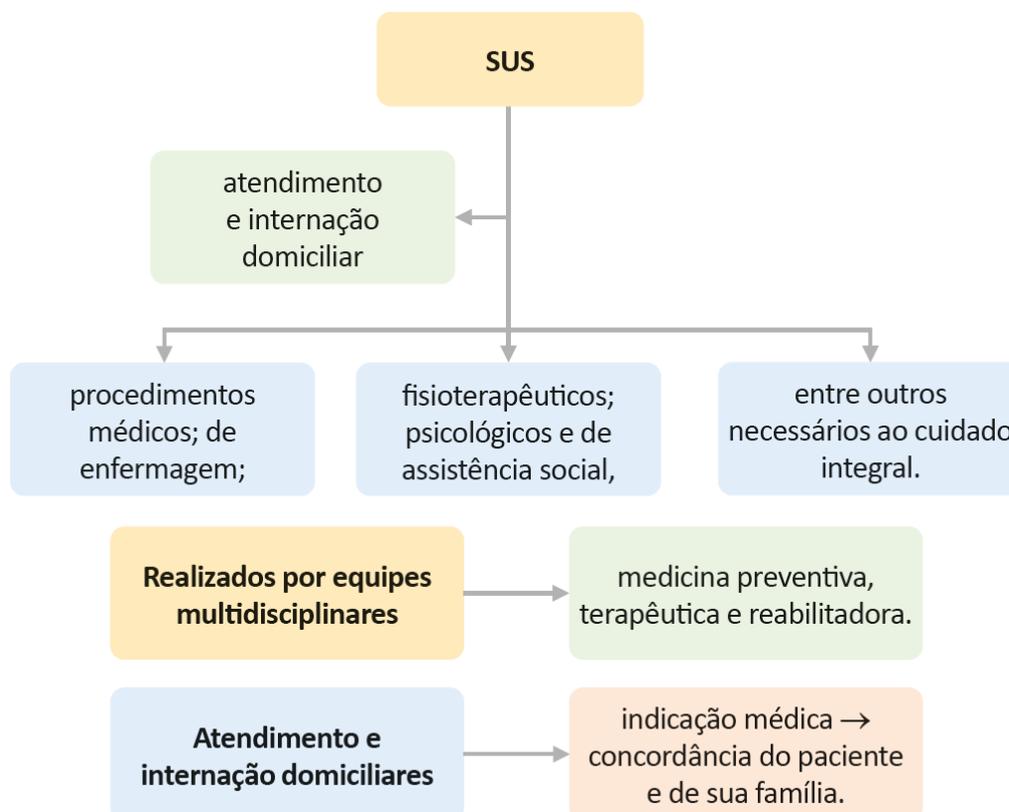
terá como base os **Distritos Sanitários Especiais Indígenas.**

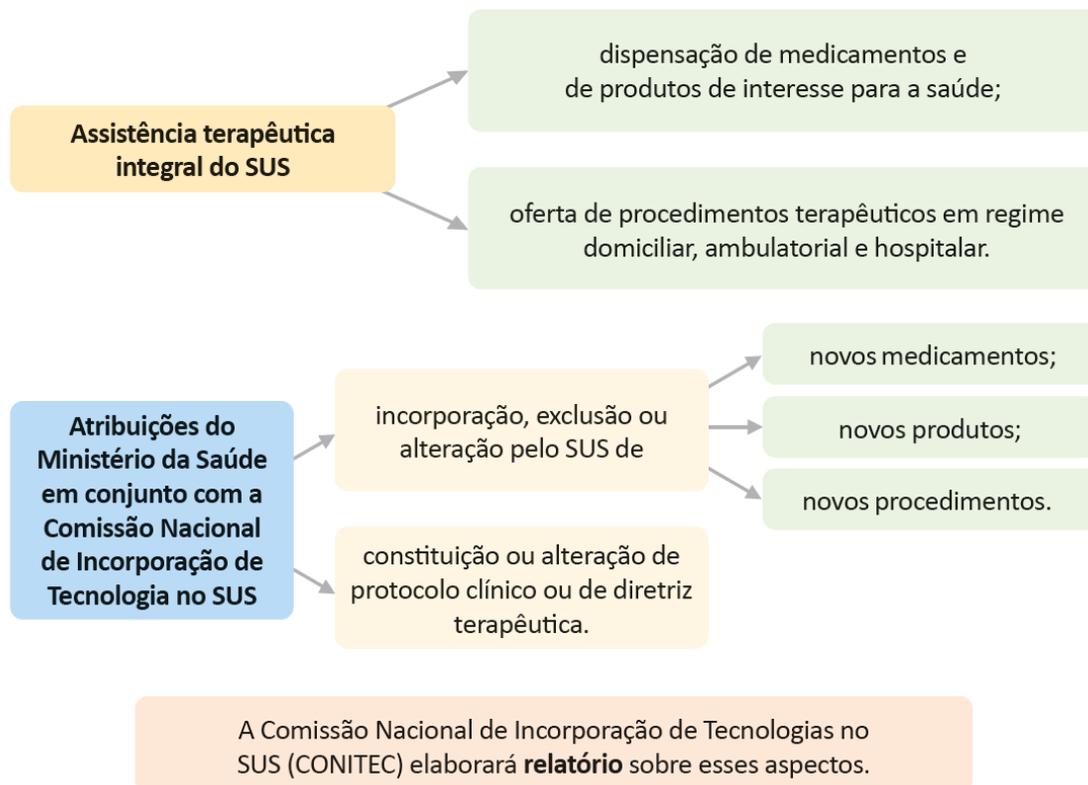
O SUS servirá de retaguarda e referência ao Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

Para isso, devem ocorrer adaptações na estrutura e organização do SUS nas regiões onde residem as populações indígenas, para propiciar essa integração e o atendimento necessário em todos os níveis, sem discriminações (art. 19-G, § 2º).

As populações indígenas devem ter acesso garantido ao SUS, em âmbito local, regional e de centros especializados - atenção primária, secundária e terciária (art. 19-G, § 3º).

Os indígenas terão direito a participar dos organismos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, tais como o Conselho Nacional de Saúde e os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, quando for o caso (art. 19-H).





O Relatório da CONITEC levará em consideração, necessariamente:

I as **evidências científicas** sobre a **eficácia**, a **acurácia**, a **efetividade** e a **segurança** do **medicamento, produto** ou **procedimento objeto** do processo, **acatadas** pelo **órgão competente** para o registro ou a autorização de uso;

II a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias **já** incorporadas, **inclusive** no que se refere aos atendimentos domiciliar, ambulatorial ou hospitalar, quando cabível.

São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS (art. 19-T):

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Anvisa;

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa.

De acordo com o art. 19-T, parágrafo único, são exceções às vedações referidas acima (incluído pela Lei nº 14.312, de 2022):

I - medicamento e produto em que a indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro na Anvisa, desde que seu uso tenha sido recomendado pela Conitec, demonstradas as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança, e esteja padronizado em protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde;

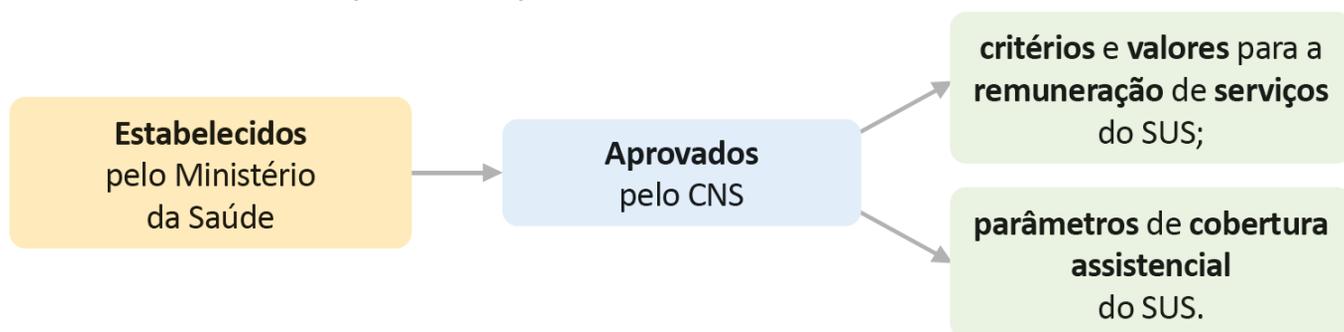
II - medicamento e produto recomendados pela Conitec e adquiridos por intermédio de organismos multilaterais internacionais, para uso em programas de saúde pública do Ministério da Saúde e suas entidades vinculadas.

A **participação complementar** dos **serviços** privados será formalizada mediante **contrato** ou **convênio**, observadas, a respeito, as normas de **direito público** (art. 24, parágrafo único).

Com relação à participação complementar, as **entidades filantrópicas** e as **sem fins lucrativos** terão **preferência** para **participar do SUS** (art. 25).



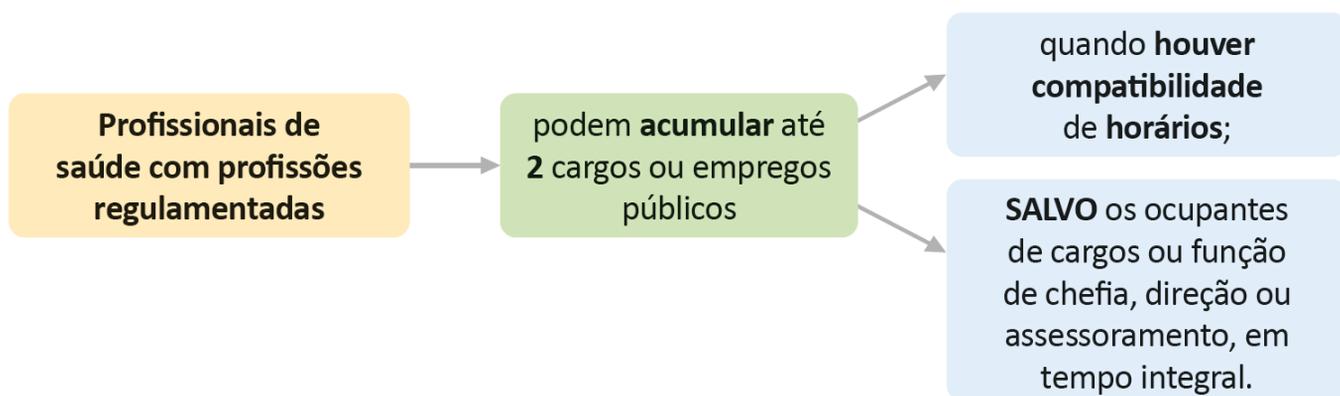
Os critérios e os valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do SUS e aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde (art. 26).



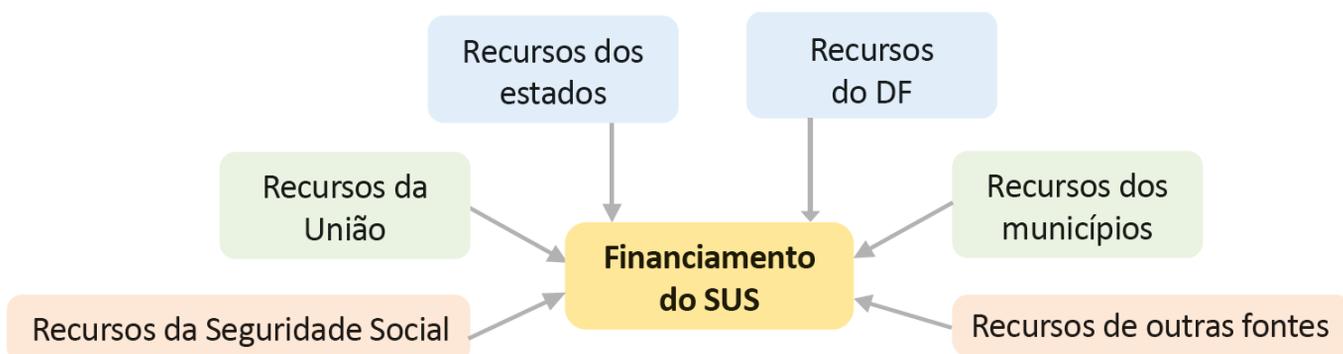
Intervenções de países estrangeiros na saúde brasileira

- É vedada a participação **direta** ou **indireta** de empresas ou capitais estrangeiros **na assistência** à saúde no País, **salvo** nos casos previstos em lei (CF/88, art. 199, § 3º).
- A Lei nº 8.080/1990, art. 23, prevê essa participação através:
 - I - de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;
 - II - pessoas jurídicas destinadas a instalar, a operacionalizar ou a explorar:
 - a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e
 - b) ações e pesquisas de planejamento familiar;
 - III - serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atender aos seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e
 - IV - demais casos previstos em legislação específica.
- A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios poderão executar, em seu âmbito administrativo, operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, desde que autorizadas pelo Senado Federal (Lei nº 8.080/1990, art. 15, inciso XII).

Os **servidores** que **legalmente acumulam 2 cargos ou empregos** **poderão exercer** suas **atividades** em **mais** de um **estabelecimento do SUS**. Essa regra também se aplica aos servidores em regime de tempo integral, **com exceção** dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento (art. 28, §§ 1º e 2º).



O SUS será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes. (CF/88, art. 198, § 1º).



São considerados de **outras fontes** os recursos para financiamento do SUS (art. 32):

- I serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;
- II ajuda, contribuições, doações e donativos;
- III alienações patrimoniais e rendimentos de capital;
- IV taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no SUS;
- V rendas eventuais, **inclusive** comerciais e industriais.

Para estabelecer os valores a serem transferidos para os entes federativos, é utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de programas e projetos (art. 35):

I

- perfil demográfico da região;

II

- perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III

- características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV

- desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V

- níveis de participação do setor de saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

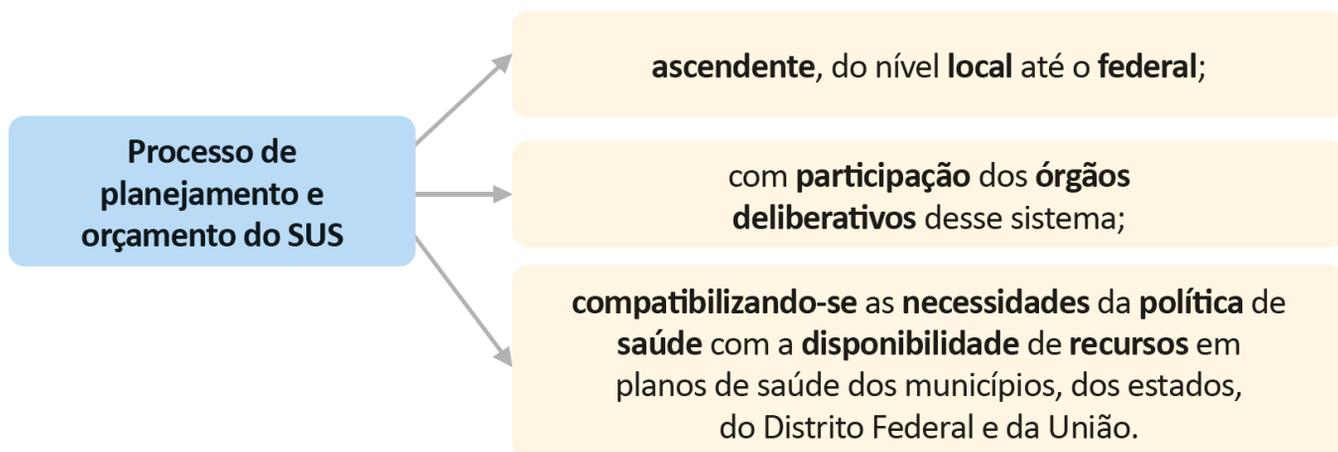
VI

- previsão do plano quinquenal de investimentos de rede;

VII

- ressarcimento do atendimento prestado para outras esferas do governo.

Sobre o planejamento e o orçamento no SUS, temos (arts. 36 a 38)



Os Planos de Saúde

serão a base das **atividades** e **programações** de cada nível de direção do SUS;

e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

É vedada a **transferência** de **recursos** para financiar ações **não previstas** nos **planos de saúde**, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as **diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde**

em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Não é permitido destinar subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

Lei nº 8.142/1990

A Lei nº 8.142/1990 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.

O SUS conta, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

Conferência de Saúde

Conselho de Saúde

Composição dos conselhos e das conferências de saúde

50% de usuários

50% de representantes dos demais segmentos

25% de gestores e prestadores de serviços do SUS;

25% de trabalhadores da saúde.

A **representação dos usuários** nos Conselhos de Saúde e Conferências será **paritária** em relação ao **conjunto dos demais segmentos**, ou seja, 50% dos membros são representantes dos usuários e 50%, dos demais segmentos.

Conselhos de Saúde

caráter **permanente e deliberativo**;

órgãos colegiados com representantes de vários segmentos;

participam da formulação de estratégias;

participam do controle da execução da política de saúde;

atuam, inclusive, nos aspectos econômicos e financeiros.

Conferências de Saúde

a cada 4 anos;

avaliam a situação de saúde;

propõem diretrizes para a formulação da política de saúde;

são convocadas pelo Poder Executivo;

e, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

As decisões dos Conselhos e das Conferências de Saúde serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

A representação dos usuários nos Conselhos e nas Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

A organização e as normas de funcionamento das Conferências e dos Conselhos de Saúde serão definidas em regimento próprio aprovado pelo respectivo conselho.

Os recursos do FNS serão alocados como (art. 2º):

I

- despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II

- investimentos previstos em lei orçamentária, de **iniciativa do Poder Legislativo** e aprovados pelo Congresso Nacional;

III

- investimentos previstos no Plano **Quinquenal** do Ministério da Saúde;

IV

- cobertura das ações e dos serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, pelos Estados e pelo Distrito Federal.

- Os recursos serão destinados aos investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

- O repasse será realizado de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080/1990.

Transferências de recursos da saúde:

Os recursos serão destinados, pelo menos, 70% para aos Municípios, afetando-se o restante para os Estados.

De acordo com o art. 4º da Lei em estudo, para receberem os recursos transferidos pela União, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

- I • **fundo de saúde;**
- II • **conselho de saúde, com composição paritária;**
- III • **plano de saúde;**
- IV • **relatórios de gestão** que possibilitem controlar os recursos repassados;
- V • **contrapartida de recursos** para a **saúde** no respectivo orçamento;
- VI • **comissão** de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), cujo prazo de implementação é de **2 anos**.

Resolução do CNS nº 453/2012

Nº de conselheiros

é definido pelos CS e constituído por lei;

Instituição dos Conselhos de Saúde

é estabelecida por lei federal, estadual, do DF e municipal e obedece à Lei nº 8.142/1990;

Eleições dos Conselhos de Saúde

recomenda-se a alteração em, no mínimo, 30% das entidades representativas.

Reuniões abertas

Se as Resoluções não forem homologadas, sem justificativa, no prazo de 30 dias

Conselho de Saúde

pode-se recorrer ao Ministério Público e à Justiça para buscar a validação delas.

Subsistema de Seguridade Social

Resoluções dos Conselhos

As funções, como a de membro do CS,

devem ser homologadas, obrigatoriamente, pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em até 30 dias.

não serão remuneradas.

Quórum mínimo para adoção de decisões dos conselhos

São permitidas as auditorias externas e independentes a pedido dos CS

metade + 1 dos integrantes, ressalvadas as exceções regimentais.

sobre as contas e atividades dos gestores do SUS.

Decreto nº 7.508/2011

Para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de (art. 5º):

atenção psicossocial



atenção primária



urgência e emergência

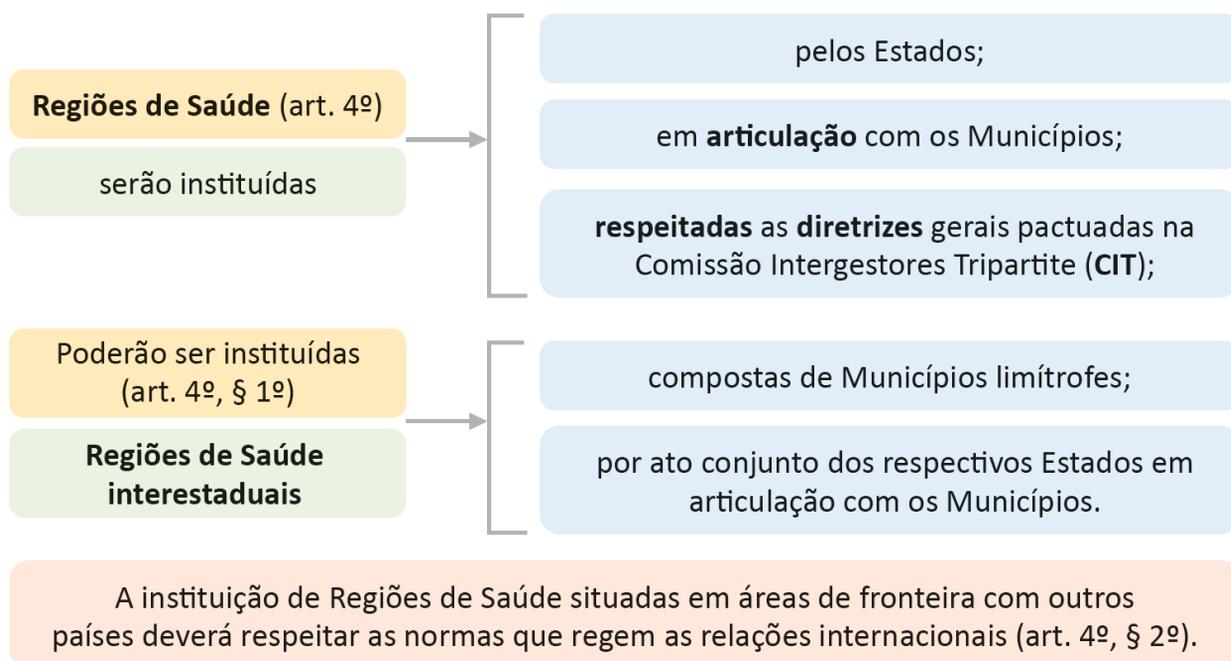
atenção ambulatorial especializada e hospitalar



vigilância em saúde.

Atenção

As Regiões de Saúde serão referência para as transferências de recursos entre os entes federativos (art. 6º).



Portas de Entrada

Atenção primária

Atenção de urgência e emergência

Atenção psicossocial

Serviços especiais de acesso aberto

referenciam a
população paraos serviços
de atenção
hospitalar e
os ambulatoriais
especializados.

As **Redes de Atenção à Saúde (RAS)** estarão **compreendidas** no **âmbito** de uma **Região de Saúde**, ou de **várias delas**, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores (art. 7º).

Em síntese, a **Rede de Atenção à Saúde** é o **conjunto de ações e serviços de saúde articulados** em níveis de **complexidade crescente**, com a finalidade de **garantir a integralidade** da assistência à saúde (art. 2º, inciso VI).

Redes de Atenção à Saúde

compreendidas nas Regiões de Saúde

ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores.

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela Atenção Primária à Saúde (APS) e deve ser fundado na avaliação:

da gravidade do risco individual e coletivo

+

o critério cronológico.

Ao usuário será assegurada a **continuidade do cuidado em saúde**, em todas as suas modalidades, nos serviços, nos hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região (art. 12).

Para facilitar a memorização dos requisitos mínimos para instituir uma Região de Saúde e as portas de entrada do SUS, vejamos o esquema abaixo:

Requisitos - Regiões de Saúde

I

- atenção primária;

II

- urgência e emergência;

III

- atenção psicossocial;

IV

- atenção ambulatorial especializada e hospitalar;

V

- vigilância em saúde.

Portas de Entrada do SUS

I

- atenção primária;

II

- urgência e emergência;

III

- atenção psicossocial;

IV

- serviços especiais de acesso aberto.

Para assegurar ao usuário o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e aos serviços de saúde do SUS, caberá ao entes federativos, além de outras atribuições pactuadas pelas Comissões Intergestores (art. 13):

I

- garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;

II

- orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;

III

- monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e

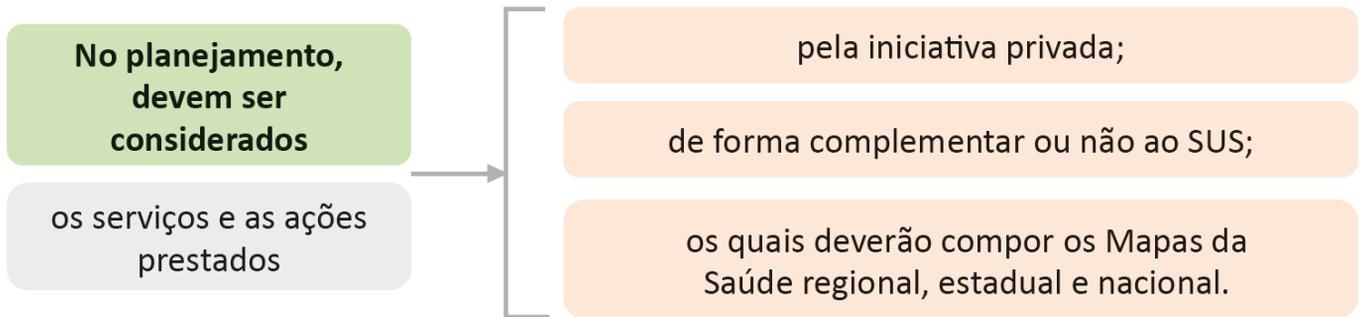
IV

- ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde.

O Ministério da Saúde disporá sobre critérios, diretrizes, procedimentos e demais medidas que auxiliem os entes federativos no cumprimento dessas atribuições (art. 14).

O CNS estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde,

de acordo com as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas Regiões de Saúde (art. 15, § 3º).



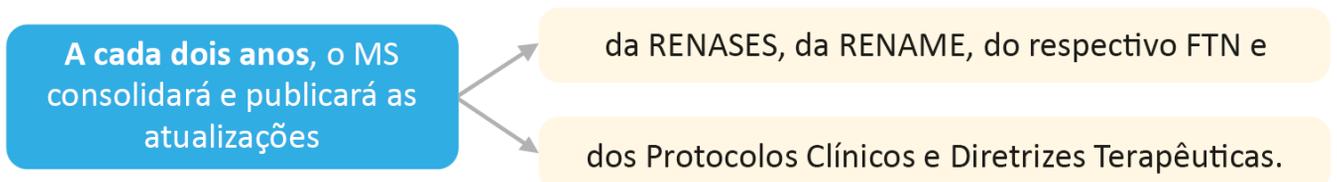
O Mapa da Saúde será utilizado para identificar as necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos,

com o intuito de contribuir para o estabelecimento de metas de saúde (art. 17).

- O planejamento da saúde, no âmbito estadual, deve ser realizado de maneira regionalizada, de acordo com as necessidades dos Municípios, considerando o estabelecimento de metas de saúde (art. 18).
- A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante o referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores (art. 20).

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios poderão adotar relações específicas e complementares de ações e serviços de saúde, em consonância com a RENASES, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo seu financiamento, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores (art. 24).

A **cada 2 anos**, o Ministério da Saúde deverá consolidar e publicar as atualizações da RENASES, RENAME, do respectivo FTN e dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.



O acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica pressupõe, **CUMULATIVAMENTE** (art. 28):

I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;

II - ter o medicamento sido prescrito por **profissional de saúde**, no exercício regular de suas funções no SUS;

III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos;

IV - ter a dispensação ocorrido em **unidades indicadas** pela direção do **SUS**.

Verificamos que o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica não pressupõe que a dispensação do medicamento ocorra por empresas/instituições que não sejam **indicadas** pela direção do SUS.

O COAP é um acordo de colaboração firmado entre entes federativos:

FINALIDADE

- organizar e integrar as ações e os serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada.

DEFINIRÁ, entre outras coisas,

- as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos em relação às ações e aos serviços de saúde, aos indicadores e às metas de saúde e aos critérios de avaliação de desempenho.

O **objeto do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde** é a **organização** e a **integração** das **ações** e dos **serviços** de **saúde**, sob a **responsabilidade** dos **entes federativos** em uma **Região de Saúde**, com a **finalidade de garantir a integralidade** da assistência aos usuários (art. 34).

Redes de Atenção à Saúde

A Portaria nº 4.279/2010 estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS

Essa norma trata das diretrizes para a estruturação da RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde

e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS,

com o objetivo de assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita com efetividade e eficiência.

A organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por uma intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas, demonstrado por:

- I lacunas assistenciais importantes;
- II financiamento público insuficiente e fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde;
- III configuração inadequada de modelos de atenção, incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, que não acompanha a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas;
- IV fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública;
- V pulverização dos serviços nos municípios;
- VI pouca inserção da vigilância e da promoção em saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS).

Em relação à organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), merece destaque:

A RAS, cuja coordenadora do cuidado e ordenadora da rede é a APS,

é um mecanismo empregado para superar a fragmentação sistêmica.

É mais eficaz tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica etc.)

quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

A **RAS** é definida como um arranjo organizativo de **ações e serviços de saúde**, de **diferentes densidades tecnológicas** que, integradas por meio de **sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão**, visam garantir a **integridade do cuidado**.

OBJETIVOS

- promover a integração sistêmica de ações e de serviços de saúde;
- prover atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada;
- incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

A RAS caracteriza-se por formar relações horizontais

entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na



Atenção Primária à Saúde (APS).

Fundamenta-se na compreensão da APS

primeiro nível de atenção



com função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde

a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde:

os domicílios;

as unidades básicas de saúde;

as unidades ambulatoriais especializadas;

os serviços de hemoterapia e hematologia;

os centros de apoio psicossocial;

as residências terapêuticas, entre outros.

Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde:

o ambulatório de pronto atendimento;

a unidade de cirurgia ambulatorial;

o centro cirúrgico;

a maternidade;

a unidade de terapia intensiva;

a unidade de hospital/dia, entre outros.

Para assegurar seu compromisso com a melhora da saúde da população, a integração e a articulação na lógica do funcionamento da RAS,



é necessário criar mecanismos formais de **contratualização** entre os entes reguladores/financiadores e os prestadores de serviço.

Contratualização/contratos de gestão

Para atingir os objetivos, as partes adotam três áreas de aplicação:

cuidados primários;

atenção especializada (ambulatorial e hospitalar);

cuidados de urgência e emergência.

A lógica fundamental na organização da RAS envolve:

Economia de escala

quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos são distribuídos por um maior número dessas atividades;

Qualidade

conceito de graus de excelência do cuidado;

Suficiência

conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde;

Acesso

ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado;

Disponibilidade de recursos

os recursos escassos devem ser concentrados, e os menos escassos, desconcentrados.

Integração vertical e horizontal

Vertical: consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde, com fins lucrativos ou não, responsáveis por ações e **serviços de natureza diferenciada**, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade nesse processo).

Horizontal: consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de **mesma natureza ou especialidade**.

Processos de substituição

São definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis.

Região de saúde ou abrangência

A organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica em estabelecer seus limites geográficos e sua população e o rol de ações e serviços que serão ofertados nessa região de saúde.

Níveis de atenção

menor densidade tecnológica (atenção primária à saúde);

densidade tecnológica intermediária (atenção secundária à saúde);

maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).

A RAS é operacionalizada por meio da interação dos seus 3 elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

População e região de saúde

A RAS deve ser capaz de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade para garantir o tempo/resposta necessário ao atendimento, a melhor proporção de estrutura/população/território e a viabilidade operacional sustentável.

Estrutura operacional

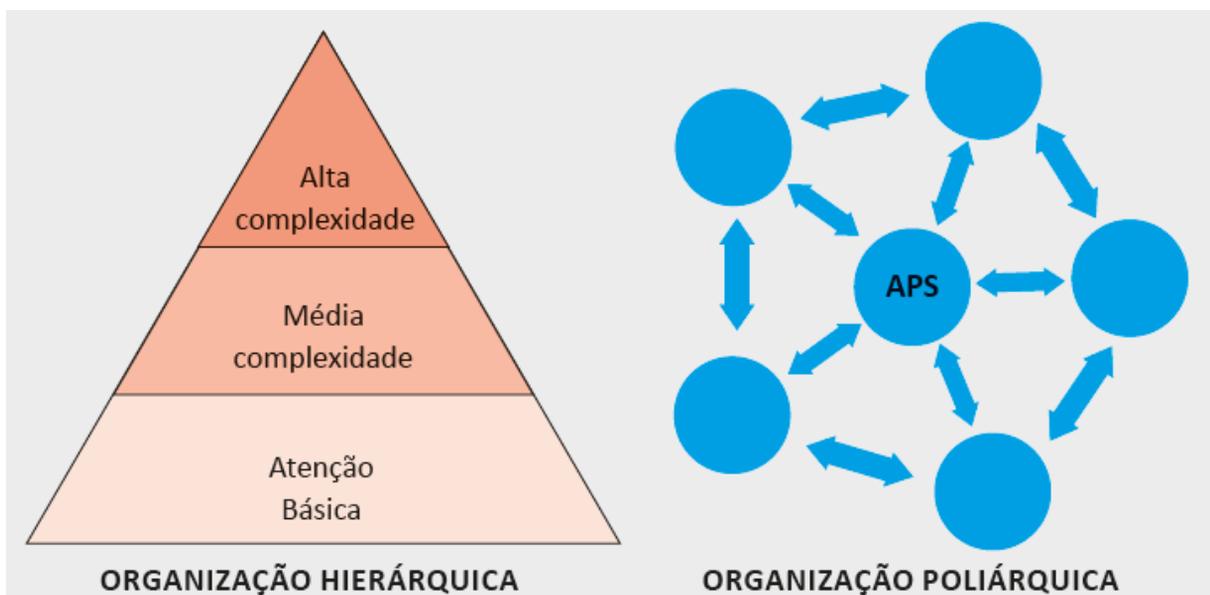
A estrutura operacional da RAS é constituída de diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde, e das ligações que os comunicam. Os componentes que estruturam a RAS incluem: APS - centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança.

Modelo de Atenção à Saúde

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual, que é centrado na doença e, em especial, no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas.

Propõem-se, a seguir, as diretrizes orientadoras para o processo de implementação da RAS:

- I** fortalecer a APS para coordenar o cuidado e ordenar a organização da rede de atenção;
- II** fortalecer o papel dos Colegiados de Gestão Regional (atualmente temos as Comissões Intergestores Regionais - CIR) no processo de governança da RAS;
- III** fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e ao acompanhamento da RAS e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde;
- IV** fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS;
- V** implementar o Sistema de Planejamento da RAS;
- VI** desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS;
- VII** financiamento do Sistema na perspectiva da RAS.



Determinantes Sociais em Saúde

Segundo o art. 3º da Lei nº 8.080/1990, os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País. Consta, nessa lei, que os determinantes e condicionantes da saúde são, entre outros:

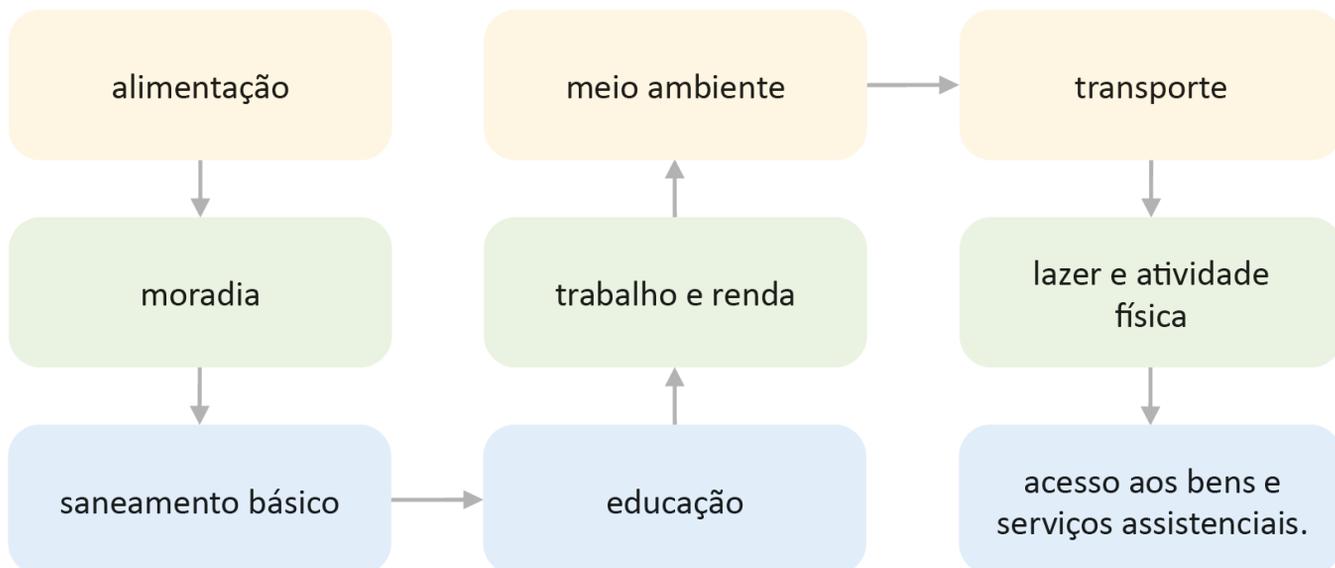
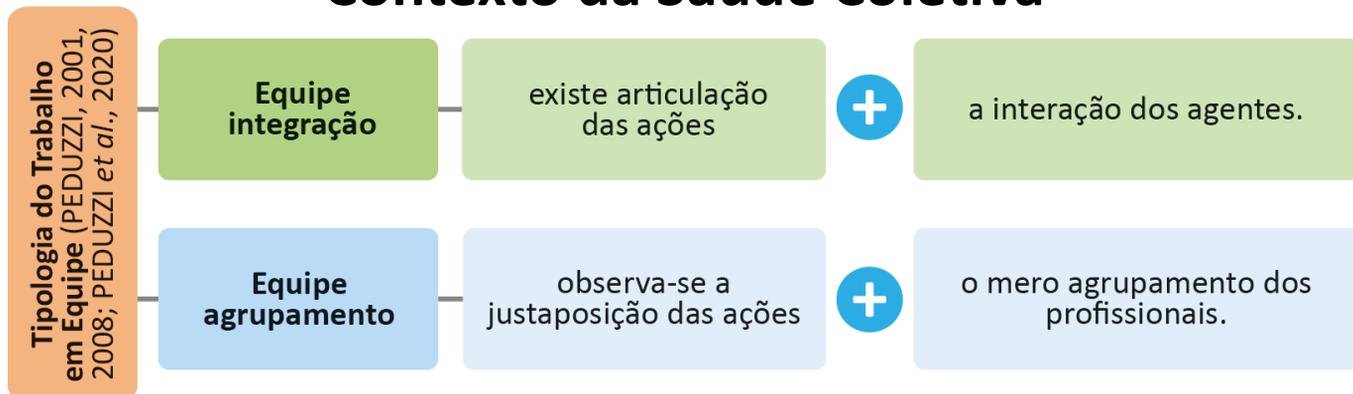
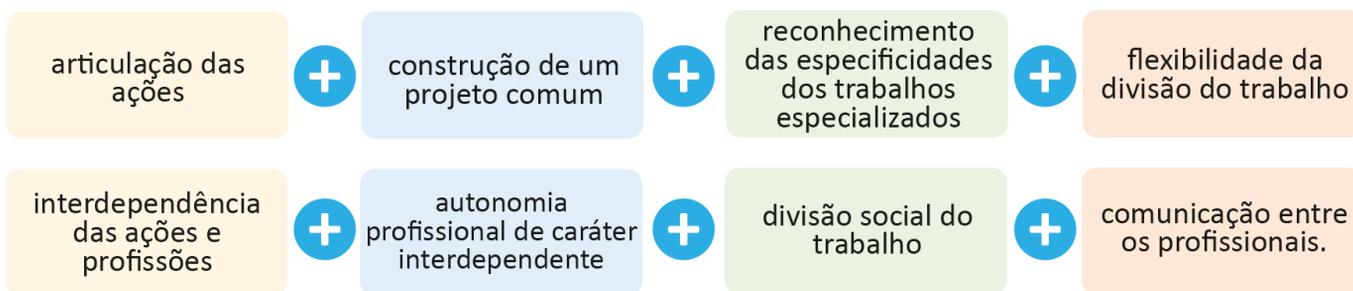


Figura - Modelo de Dahlgren e Whitehead (Fonte: CNDSS, 2008).

Trabalho em Equipe no Contexto da Saúde Coletiva



São atributos para identificar os tipos de equipes (PEDUZZI et al., 2020):



Além dessa tipologia, o trabalho em equipe é constituído por elementos-chave e suas variações, os quais são (PEDUZZI et al., 2020):



Uniprofissional	ocorre entre estudantes de uma mesma profissão de forma isolada.
Multiprofissional	acontece entre estudantes de duas ou mais profissões de forma paralela, sem haver interação.
Interprofissional	existe uma aprendizagem compartilhada, com interação entre estudantes e/ou profissionais de diferentes áreas.

Fonte: Adaptação e tradução de Morgan, Pullon e McKinlay (2015) e Reeves e colaboradores (2010), adaptação de Agreli (2017) e Peduzzi e Agreli (2018).

Educação em Saúde

A Educação em Saúde (BRASIL, 2013a)

é o processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população, e não à profissionalização ou à carreira na saúde;

potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população;

deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde.

É necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva

dialogica



emancipadora



criativa

participativa

que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e autor de sua trajetória de saúde e doença; e

autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais.

Aspectos	Educação Continuada (EC)	Educação Permanente (EP)
Público-alvo	uniprofissional	multiprofissional
Inserção no mercado de trabalho	prática autônoma	prática institucionalizada
Enfoque	temas de especialidades	problemas de saúde
Objetivo principal	atualização técnico-científica	transformação das práticas técnicas e sociais
Periodicidade	esporádica	contínua
Metodologia	pedagogia da transmissão	pedagogia centrada na resolução de problemas
Resultados	apropriação	mudança

A PNEPS-SUS é orientada pelos seguintes **princípios** (art. 3º):

diálogo



amorosidade



problematização



construção compartilhada do conhecimento

emancipação



compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

São eixos estratégicos da PNEPS-SUS (art. 4º):

I participação, controle social e gestão participativa;

II formação, comunicação e produção de conhecimento;

III cuidado em saúde; e

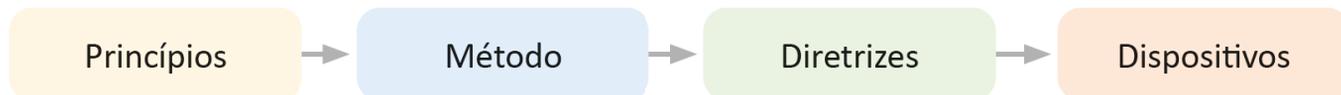
IV intersetorialidade e diálogos multiculturais.

Sistemas de Informação em Saúde (SIS)

Sigla	Descrição	Ano de Início	Documento Básico
SIM	Sistema de informação sobre Mortalidade	1975	Declaração de óbito
SIH	Sistema de Informação Hospitalar	1976	Autorização de internação hospitalar
SINASC	Sistema de informações sobre Nascidos Vivos	1990	Declaração de nascido vivo
SINAN	Sistema de informações de Agravos de Notificação	1993	Ficha individual de notificação e Ficha individual de investigação
SIA-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial	1994	Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), e Autorização para procedimentos de alto custo/complexidade (APAC)
SISREG	Sistema de Regulação	2001	AIH, APAC e solicitação de consulta e exames
SISCAM	Sistema de Informações do Câncer da Mulher	2003	Ficha de Requisição de mamografia e citológico
SI-PNI	Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações	2004	Cada sub-sistema possui seu documento básico
SISAB	Sistema de Informação da Saúde da Atenção Básica	2013	11-Fichas do e-sus
e-SUS Hospitalar	Sistema e-SUS Hospitalar	2014	12 módulos eletrônicos
e-SUS SAMU	Sistema e-SUS do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência	2016	Módulos eletrônicos
E-SUS VE	Sistema de Informação Vigilância Epidemiológica	2020	Ficha de Investigação de SG Suspeito de Doença pelo Coronavírus 2019 – COVID-19 (B34.2)

Política Nacional de Humanização

A PNH se estrutura a partir de (BRASIL, 2010a):



Princípios (BRASIL, 2013)

Transversalidade: a PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS;

Indissociabilidade entre atenção e gestão: as decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde;

Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos: qualquer mudança na gestão e na atenção é mais concreta se construída com a **ampliação da autonomia** e da vontade das pessoas envolvidas, que **compartilham responsabilidades**.

Método (BRASIL, 2013)

O HumanizaSUS, como também é conhecida a Política Nacional de Humanização, **aposta na inclusão de trabalhadores, de usuários e de gestores na produção e na gestão do cuidado e dos processos de trabalho**.

A comunicação entre esses três atores do SUS provoca movimentos de perturbação e de inquietação que a PNH considera o “motor” de mudanças e que também precisam ser incluídos como recursos para proporcionar saúde.



Diretrizes

Segue, abaixo, a descrição sucinta das diretrizes da PNH (BRASIL, 2013):

Acolhimento

- acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde;
- requer a escuta qualificada, o compromisso e o vínculo entre os atores envolvidos;

Gestão participativa e cogestão

- expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e de decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão;
- espaços para o desenvolvimento: rodas, colegiados gestores, câmaras técnicas e gerência de porta aberta;

Ambiência

- espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas;

Clínica ampliada e compartilhada

- apresenta a finalidade de contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença;
- preconiza o afeto nas relações, a qualificação do diálogo (tanto entre os profissionais de saúde envolvidos no tratamento quanto destes com o usuário) e as decisões compartilhadas e compromissadas com a autonomia e a saúde dos usuários do SUS;

Valorização do trabalhador

- é importante dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão e apostar em sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho;

Defesa dos direitos dos usuários

- os usuários de saúde têm direitos garantidos por lei, e os serviços de saúde devem incentivá-los a conhecer esses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta.

Acolhimento com Classificação de Risco

É um processo dinâmico, por meio do qual se identificam os pacientes que necessitam de tratamento **prioritário** e **mais rápido**, em virtude de maior risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2004b).

Dispositivos

Para viabilizar os princípios e os resultados esperados com o HumanizaSUS, a PNH opera com os seguintes dispositivos, aqui entendidos como ‘tecnologias’ ou ‘modos de fazer’ (BRASIL, 2006):

- Acolhimento com classificação de risco;
- Equipes de referência e de apoio matricial;
- Projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva;
- Projetos de construção coletiva (cogeridos) da ambiência;
- Colegiados de gestão;
- Contratos de gestão;
- Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação;

Dispositivos

- Projeto “Acolhendo os Familiares/Rede Social Participante”: visita aberta, direito de acompanhante e envolvimento no projeto terapêutico;
- Programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa;
- Programas de qualidade de vida e saúde para os trabalhadores da saúde;
- Grupo de Trabalho de Humanização.

Marcas/Prioridades

Com a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH), trabalhamos para consolidar, prioritariamente, 4 marcas específicas (BRASIL, 2001):

Reduzir as **filas** e o **tempo** de **espera**, ampliar o acesso e proporcionar um atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco.

Todos os usuários do SUS saberão **quem são** os **profissionais** que **cuidam** de **sua saúde**, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial.

As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o **acompanhamento** de **pe-soas** de sua **rede social** (de livre escolha) e os **direitos** do código dos usuários do SUS.

As unidades de saúde garantirão a **gestão participativa** aos **seus trabalhadores** e **usuá-rios**, assim como a **educação permanente** aos trabalhadores.

Macro-objetivos do HumanizaSUS (SES-GO, 2019)

Ampliar as ofertas da Política Nacional de Humanização aos gestores e aos conselhos de saúde, priorizando a atenção básica/fundamental e hospitalar, com ênfase nos hospitais de urgência e universitários.

Incentivar a inserção da valorização dos trabalhadores do SUS na agenda dos gestores, dos conselhos de saúde e das organizações da sociedade civil.

Divulgar a Política Nacional de Humanização e ampliar os processos de formação e produção de conhecimento em articulação com movimentos sociais e instituições.

Propósitos da PNH (SES-GO, 2019)

Contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS com os princípios e as diretrizes da humanização;

Fortalecer iniciativas de humanização existentes;

Desenvolver tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção;

Aprimorar, ofertar e divulgar estratégias e metodologias de apoio a mudanças sustentáveis dos modelos de atenção e de gestão;

Implementar processos de acompanhamento e avaliação, ressaltando saberes gerados no SUS e experiências coletivas bem-sucedidas.

Política Nacional de Atenção Básica

I - Princípios:

a) universalidade;

b) equidade;

c) integralidade.

II - Diretrizes:

a) regionalização e hierarquização;

f) longitudinalidade do cuidado;

b) territorialização;

g) coordenação do cuidado;

c) população adscrita;

h) ordenação da rede;

d) cuidado centrado na pessoa;

i) participação da comunidade.

e) resolutividade;

Características da Atenção Básica

I É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas.

II Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.

III Considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, visando proporcionar uma atenção integral e incorporar as ações de vigilância em saúde.

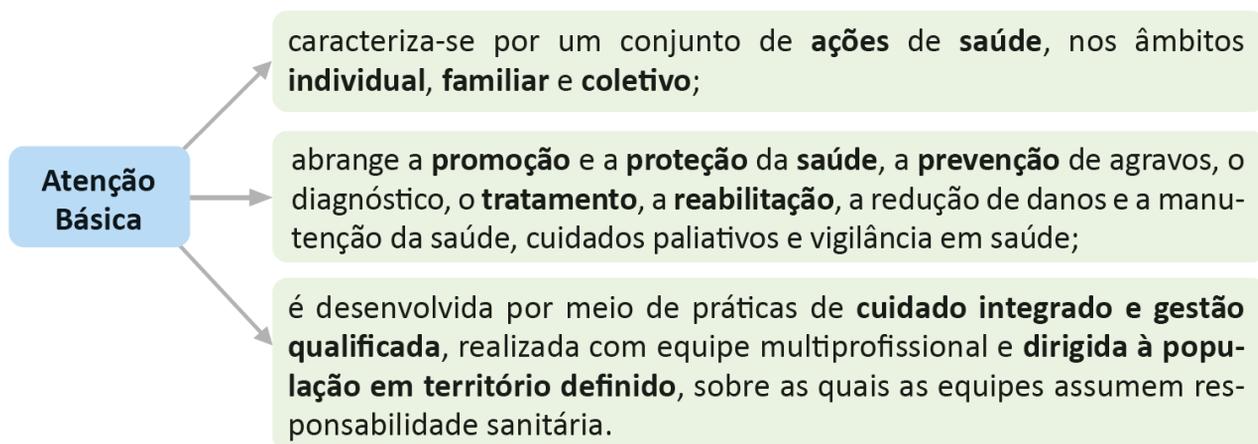
IV Visa planejar e implementar ações públicas para proteger a saúde da população, prevenir e controlar os riscos, os agravos e as doenças e promover a saúde.

Tecnologia de elevada complexidade

exige elevado conhecimento para desenvolvê-la.

Tecnologia de baixa densidade

não requer a utilização de equipamentos de elevada tecnologia industrial.



Para garantir a coordenação do cuidado e ampliar o acesso e a resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, podem-se considerar os seguintes aspectos:

funcionamento com carga horária mínima de 40 horas semanais, no mínimo 5 dias da semana, e nos 12 meses do ano;

* O **Programa Saúde na Hora** (Portaria do MS nº 397/2020) viabiliza o custeio aos municípios e ao Distrito Federal para a implantação do **horário estendido de funcionamento das USF e das UBS** em todo o território brasileiro.

população adscrita por equipe de Atenção Primária (eAP) e equipe de Saúde da Família (eSF) de **2.000 a 3.500** pessoas, localizada dentro do seu território;

a possibilidade de existirem outros arranjos de adscrição além dessa faixa populacional, conforme as vulnerabilidades, os riscos e a dinâmica comunitária. É facultado aos gestores, às equipes de AB e aos Conselhos Municipais de Saúde ou Conselhos Locais de Saúde definirem isso;

4 equipes por UBS/USF (eAP ou eSF), para que possam atingir seu potencial resolutivo;

teto máximo de eAP e eSF, com ou sem os profissionais de saúde bucal - em que os municípios e o DF poderão fazer jus ao recebimento de recursos, conforme a fórmula: **População/2.000**;

em municípios ou territórios < 2.000 hab. → pode-se implantar uma eSF **ou** uma eAP que seja responsável por toda a população.

As ações e os serviços da Atenção Básica deverão seguir padrões essenciais e ampliados:

Padrões essenciais - ações e procedimentos básicos relacionados às condições básicas/essenciais de acesso e de qualidade na AB;

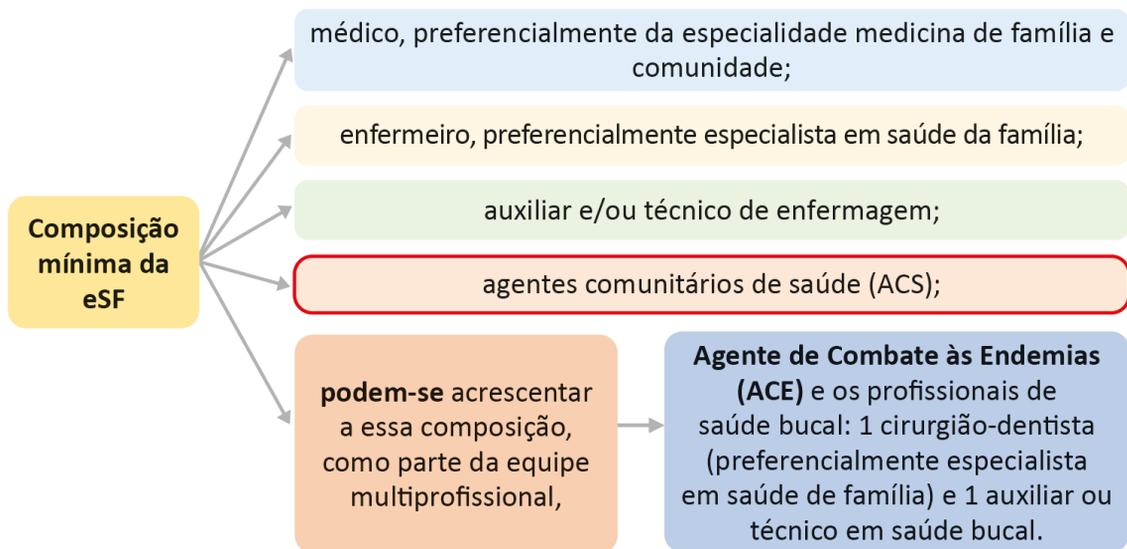
Padrões ampliados - ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na AB, considerando as especificidades locais, os indicadores e os parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde.

Deverão estar afixados em local visível, próximo à entrada da UBS:

- a identificação e o horário de atendimento;
- o mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe;
- a identificação do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS;
- a relação de serviços disponíveis; e
- o detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.

Tipos de Equipe da Atenção Básica

Equipe de Saúde da Família (eSF)



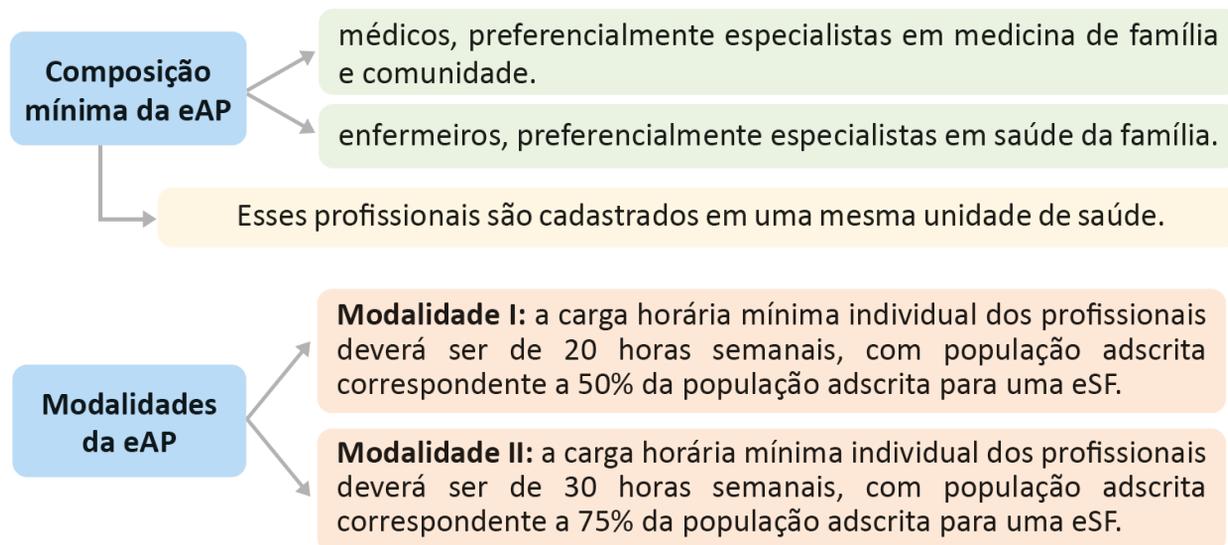
O nº de ACS por equipe é definido conforme a base populacional e os critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com a definição local.

Em áreas de grande dispersão territorial, de risco e de vulnerabilidade social → recomenda-se a cobertura de 100% da população com, no máximo, 750 pessoas por ACS.

Para a eSF, é obrigatória uma carga horária de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas uma equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

Equipe de Atenção Primária (eAP)

De acordo com a Portaria do MS nº 2.539/2019, a equipe de Atenção Primária (eAP) difere da equipe de Saúde da Família (eSF) em sua composição, de modo a atender às características e às necessidades de cada município, e deverá observar as diretrizes da PNAB e os atributos essenciais da APS como: o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação e a integralidade.



Não se aplica aos profissionais da eAP a vedação à participação em mais de uma eAP ou eSF, não sendo hipótese de suspensão de repasse a duplicidade de profissional. O cadastro das eAP no SCNES deverá observar os mesmos códigos para o cadastro das eSF.

Equipe de Saúde Bucal (eSB)

- os profissionais de saúde bucal que compõem as eSF e as eAP devem estar vinculados a uma UBS ou à Unidade Odontológica Móvel;
- modalidade I:** Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB);
- modalidade II:** Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB;
- cada eSB em eSF** - o município ganha os equipamentos odontológicos.

De acordo com a Portaria do MS nº 2.539/2019, para atender às características e necessidades de cada município, poderão também ser compostas eSB na modalidade I com carga horária diferenciada, nos seguintes termos:

Modalidade I (20h): eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 20 horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 50% da população adscrita para uma eSF; ou

Modalidade I (30h): eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 30 horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 75% da população adscrita para uma eSF.

Atenção! Não se aplica aos profissionais da eSB na modalidade I com a carga horária diferenciada referida a vedação à participação em mais de uma eSB ou eSF, não sendo hipótese de suspensão de repasse a duplicidade de profissional.

Tipos de Equipe da Atenção Básica (BRASIL, 2017b)

Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS):

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) nas UBS como uma possibilidade de reorganizar, inicialmente, a AB com vistas à implantação gradual da ESF ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organizar a AB.

Itens necessários à implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS):

- a) uma UBS, inscrita no SCNES vigente, que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;
- b) o nº de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com a base populacional (critérios demográficos epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente;
- c) o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de ACS, por cada membro da equipe e composta de ACS e enfermeiro supervisor;
- d) o enfermeiro supervisor e os ACS cadastrados no SCNES vigente, vinculados à equipe;
- e) cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e ter uma microárea sob sua responsabilidade, com população até 750 pessoas;
- f) a atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para a população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico;
- g) a atuação em ações básicas de saúde deve visar à integralidade do cuidado no território;
- h) cadastrar, preencher e informar os dados através do Sistema de Informação em Saúde (SIS) para a AB vigente.

Equipes de Atenção Básica para populações específicas:

Considerando as especificidades locorregionais, os municípios da Amazônia Legal e da Região Pantaneira podem optar entre dois arranjos organizacionais para eSF, além dos existentes para o restante do país:

Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);

Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF).

Outras modalidades:

Equipe de Consultório na Rua (eCR);

Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP).

Novas atribuições dos agentes comunitários de saúde (ACS) na Atenção Básica

As atividades do Agente Comunitário de Saúde **serão realizadas em caráter excepcional**, assistidas por um profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, depois de treinamento específico e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência. São elas:

- I **aferir a pressão arterial**, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e de prevenir doenças e agravos;
- II **medir a glicemia capilar**, inclusive no domicílio, para acompanhar os casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo o projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;
- III **aferir a temperatura axilar**, durante a visita domiciliar;
- IV **realizar técnicas limpas de curativo** com material limpo, água corrente ou soro fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobrem a ferida;
- V **orientar e apoiar**, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em situação de vulnerabilidade.

É importante ressaltar que os ACS só executarão os procedimentos que requeiram capacidade técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada a autorização legal.

Financiamento da Atenção Básica (Tripartite)

O **financiamento federal** de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS) será constituído por (Portaria de Consolidação do SUS nº 6/2017, art. 9º):

I - capitação ponderada;

II - pagamento por desempenho;

III - incentivo para ações estratégicas;

IV - incentivo financeiro com base em critério populacional.

Esses recursos são transferidos na modalidade fundo a fundo, de forma regular e automática, aos Municípios, ao Distrito Federal e aos Estados e repassados pelo Bloco de Custeio das Ações e dos Serviços Públicos de Saúde (art. 9º, parágrafo único).

O cálculo para a definição dos **incentivos financeiros da capitação ponderada** deverá considerar (Portaria do MS nº 2.979/2019, art. 10):

I - a **população cadastrada na equipe** de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB);

II - a **vulnerabilidade socioeconômica** da população cadastrada na eSF e na eAP;

III - o **perfil demográfico por faixa etária** da população cadastrada na eSF e na eAP;

IV - **classificação geográfica** definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O cálculo do incentivo financeiro do **pagamento por desempenho** será efetuado considerando os resultados de indicadores alcançados pelas eSF e eAP homologadas, conforme método de cálculo definido em ato do Ministro de Estado da Saúde. O valor do pagamento por desempenho será calculado a partir do cumprimento de meta para cada indicador (Portaria do MS nº 2.254/2021, art. 12-C).

Para o **pagamento por desempenho** deverão ser observadas as seguintes categorias de indicadores (Portaria do MS nº 2.979/2019, art. 12-D):

I - processo e resultados intermediários das equipes;

II - resultados em saúde;

III - globais de APS.

Os indicadores referidos deverão considerar ainda a relevância clínica e epidemiológica, disponibilidade, simplicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade (Portaria do MS nº 2.979/2019, art. 12-D, parágrafo único).

O valor do incentivo financeiro do **pagamento por desempenho** será transferido mensalmente e recalculado simultaneamente para todos os municípios ou Distrito Federal a cada 4 competências financeiras (Portaria do MS nº 2.979/2019, art. 12-E).

O cálculo para a definição dos recursos financeiros para **incentivo para ações estratégicas** deverá considerar (Portaria do MS nº 2.979/2019, art. 12-G):

I - as especificidades e prioridades em saúde;

II - os aspectos estruturais das equipes;

III - a produção em ações estratégicas em saúde.

O incentivo para ações estratégicas contemplará o custeio das seguintes ações, programas e estratégias (Portaria do MS nº 2.979/2019, art. 12-H):

I - Programa Saúde na Hora;

II - Equipe de Saúde Bucal (eSB);

III - Unidade Odontológica Móvel (UOM);

IV - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);

V - Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);

VI - Equipe de Consultório na Rua (eCR);

VII - Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);

VIII - Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);

IX - Microscopista;

X - Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP);

XI - Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade;

XII - Programa Saúde na Escola (PSE);

XIII - Programa Academia da Saúde;

XIV - Programas de apoio à informatização da APS;

XV - Incentivo aos municípios com equipes de saúde integradas a programas de residência uniprofissional ou multiprofissional na Atenção Primária à Saúde;

XVI - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS);

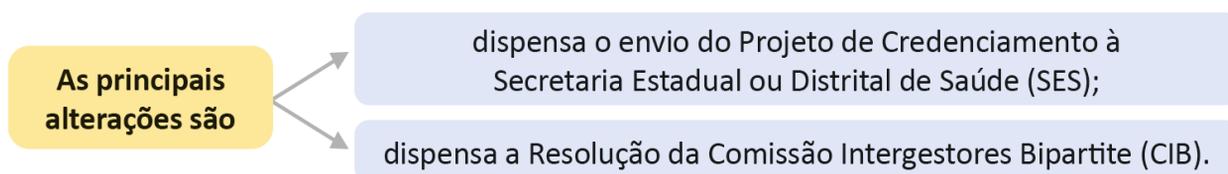
XVII - outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

O cálculo do **incentivo financeiro com base em critério populacional** considerará estimativa populacional dos municípios e Distrito Federal mais recente divulgada pelo IBGE. Ressalta-se que o valor per capita será definido anualmente em ato do Ministro da Saúde (Portaria do MS nº 2.254/2021, art. 9º-A).

Credenciamento dos Serviços da Atenção Básica

A Portaria do MS nº 1.710/2019 instituiu o **fluxo de credenciamento desburocratizado** para serviços e equipes de saúde no âmbito da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS).

A instituição do fluxo desburocratizado tem como objetivos: agilizar a implantação dos serviços da Atenção Primária à Saúde, ampliar a autonomia do gestor municipal ou distrital para qualificação e expansão dos serviços e reforçar o papel do Plano Municipal ou Distrital de Saúde e da Programação Anual de Saúde como documentos norteadores das políticas locais de Atenção Primária à Saúde.



De acordo com a Portaria do MS nº 3.119/2019 (mais atualizada), com relação ao credenciamento, o gestor municipal ou distrital deverá:

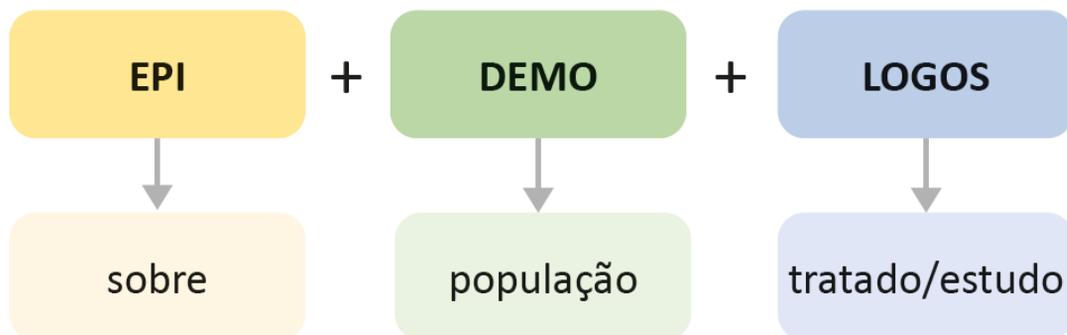
- I solicitar ao Ministério da Saúde o credenciamento de serviços e equipes, conforme modelo a ser disponibilizado por esse ministério, via ofício ou por meio de sistema de informação específico.
- II dar ciência ao Ministério da Saúde do envio de documento ao Conselho Municipal de Saúde ou Conselho Distrital de Saúde, à Secretaria Estadual de Saúde e à CIB para conhecimento da solicitação de credenciamento.

A Portaria do MS nº 804/2020 traz novas alterações sobre o fluxo de credenciamento desburocratizado e institui que **após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União**, as gestões municipais e distrital deverão cadastrar a(s) equipe(s) no **CNES, em um prazo máximo de 6 competências**, a contar da data de publicação da referida Portaria, sob pena de descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido.

Introdução à Epidemiologia e Indicadores Epidemiológicos

Vamos iniciar definindo o termo epidemiologia.

Etimologicamente, o termo epidemiologia deriva do grego (PEREIRA, 2013):



EPIDEMIOLOGIA

é a ciência que estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas e analisa a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, os danos à saúde e os eventos associados à saúde coletiva;

propõe medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e de danos, bem como de proteção, promoção ou recuperação da saúde individual e coletiva;

fornece indicadores que servem de suporte ao planejamento, à administração e à avaliação de sistemas, programas, serviços e ações de saúde.

Na área da Epidemiologia, é importante conhecer alguns conceitos, como o de doença transmissível:

DOENÇA TRANSMISSÍVEL

é **qualquer doença** causada por um **agente infeccioso específico** ou seus produtos tóxicos, que se manifesta por meio da **transmissão desse agente** ou de seus produtos, de um **reservatório** a um **hospedeiro suscetível**, seja diretamente de uma pessoa ou animal infectado, ou indiretamente, por meio de um hospedeiro intermediário, de natureza vegetal ou animal, de um vetor ou do meio ambiente inanimado (OPAS, 2010).

Nos últimos anos, têm surgido doenças transmissíveis novas e desconhecidas e ressurgido outras que já estavam ou que se acreditava que estivessem controladas. Assim, a OPAS (2010) conceitua as doenças emergentes e reemergentes da seguinte forma:

DOENÇA EMERGENTE

é uma **doença transmissível**, cuja incidência em humanos vem aumentando nos últimos 25 anos do século XX ou que ameaça aumentar em um futuro próximo.

DOENÇA REEMERGENTE

é uma **doença transmissível previamente conhecida**, que reaparece como um problema de saúde pública depois de uma etapa de significativo declínio de sua incidência e aparente controle.

Vejamos agora os seguintes conceitos, segundo Rouquayrol, Barbosa e Machado (2018):

PANDEMIA

ocorrência epidêmica caracterizada por larga distribuição espacial, atingindo várias nações.

ENDEMIA

ocorrência coletiva de determinada doença, no decorrer de um longo período histórico, em espaços delimitados e caracterizados, mantendo incidência constante, permitidas as flutuações de valores, tais como as variações sazonais.

EPIDEMIA

é a elevação do número de casos de uma doença ou um agravo, em um determinado lugar e período, ultrapassando valores acima do limiar epidêmico preestabelecido.

SURTO EPIDÊMICO

ocorrência epidêmica restrita a um espaço extremamente delimitado: colégio, quartel, edifício de apartamentos, bairro etc.

Considera-se relevante diferenciar os tipos de casos na epidemiologia:

CASO AUTÓCTONE

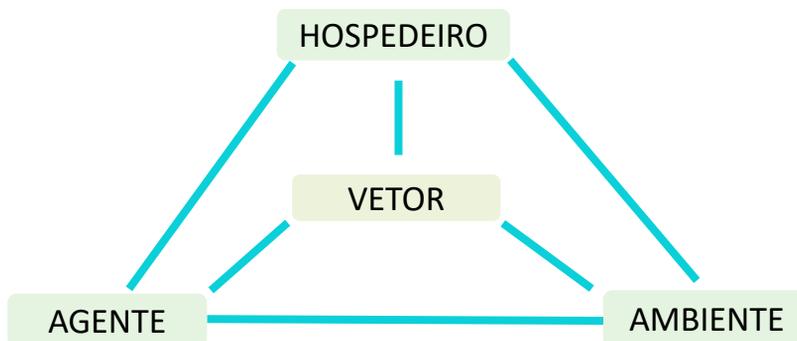
é o **caso** oriundo do **mesmo local onde ocorreu a doença** (GOMES, 2015).

CASO ALÓCTONE

é o **caso** de uma **doença importada de outra localidade** (GOMES, 2015).

TRÍADE EPIDEMIOLÓGICA

A doença como o resultado da interação entre o **agente**, o **hospedeiro suscetível** e o **ambiente** (OPAS, 2010).



Vejamos alguns exemplos de coeficientes (ou taxas) e índices mais utilizados em saúde pública de acordo com Rouquayrol e Gurgel (2013):

COEFICIENTE DE MORTALIDADE GERAL

$$\text{CGM} = \frac{\text{Total de óbitos registrados em certa área durante o ano}}{\text{População da área ajustada para o meio do ano}} \times 1.000$$

COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL

$$\text{CMI} = \frac{\text{Nº de óbitos em menores de 1 ano em certa área durante o ano}}{\text{Total de nascidos vivos nessa área durante o ano}} \times 1.000$$

COEFICIENTE DE MORTALIDADE NEONATAL

$$CMN = \frac{\text{Nº de óbitos em menores de 28 dias em certa área durante o ano}}{\text{Total de nascidos vivos nessa área durante o ano}} \times 1.000$$

Obs.: É importante considerar que o componente da mortalidade infantil inclui outros três componentes: mortalidade neonatal precoce (**0 a 6 dias**), neonatal tardia (**7 a 27 dias**) e pós-neonatal (**28 a 364 dias**) (RIPSA, 2008).

COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA

$$CMM = \frac{\text{Nº de óbitos por causas ligadas à gestação, ao parto e ao puerpério em determinada área no ano}}{\text{Total de nascidos vivos nessa área durante o ano}} \times 100.000$$

A **prevalência** descreve o que existe em uma população (que condiciona a vida, determinando a condição de vida). Por outro lado, a **incidência** descreve o que ocorre nessa população (LIMA; PORDEUS; ROUQUAYROL, 2018). É importante frisar que esses indicadores são medidas de morbidade (doença). Vejamos alguns exemplos de coeficientes relacionados à letalidade, à incidência e à prevalência de determinada doença (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013):

COEFICIENTE DE LETALIDADE

$$CL = \frac{\text{Nº de óbitos de determinada doença em determinado período de tempo}}{\text{Nº de casos dessa doença nesse mesmo período de tempo}} \times 100$$

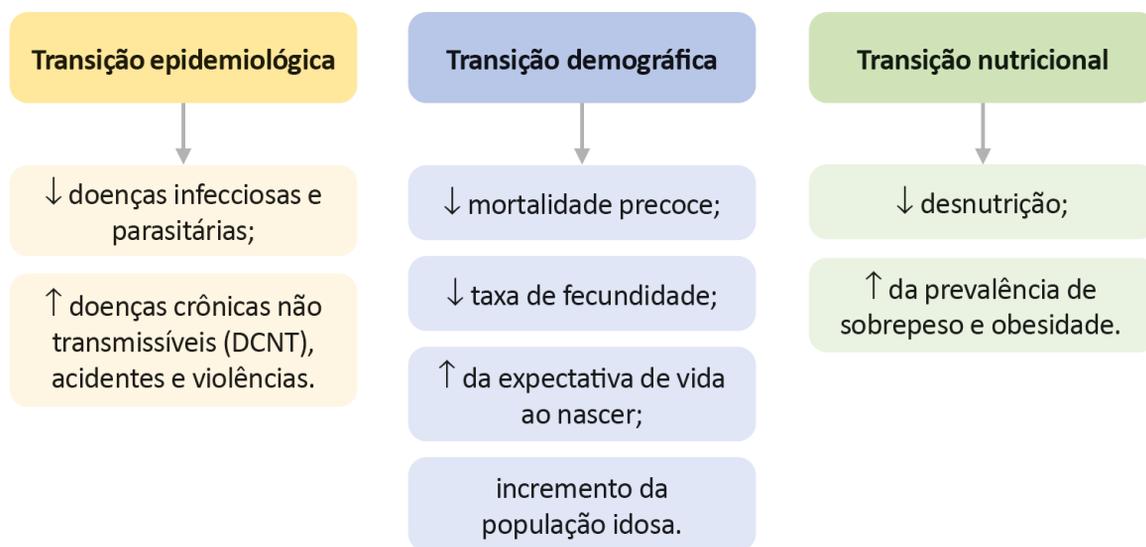
COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA

$$CI = \frac{\text{Nº de casos novos (iniciados) em determinado período numa área}}{\text{População exposta ao risco nesse período na área}} \times 100.000$$

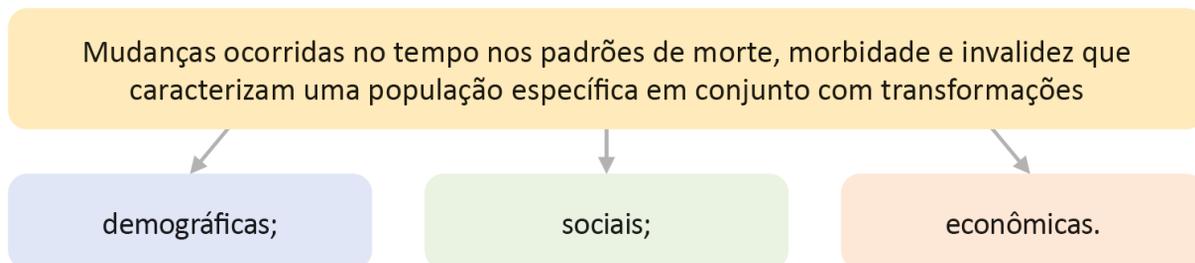
COEFICIENTE DE PREVALÊNCIA

$$CP = \frac{\text{Nº de casos existentes (novos + antigos) em determinado período numa área}}{\text{População da área no mesmo período}} \times 100.000$$

Nas últimas décadas, o Brasil tem experimentado transformações nos padrões de mortalidade e morbidade devido aos processos de transição epidemiológica, demográfica e nutricional (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).



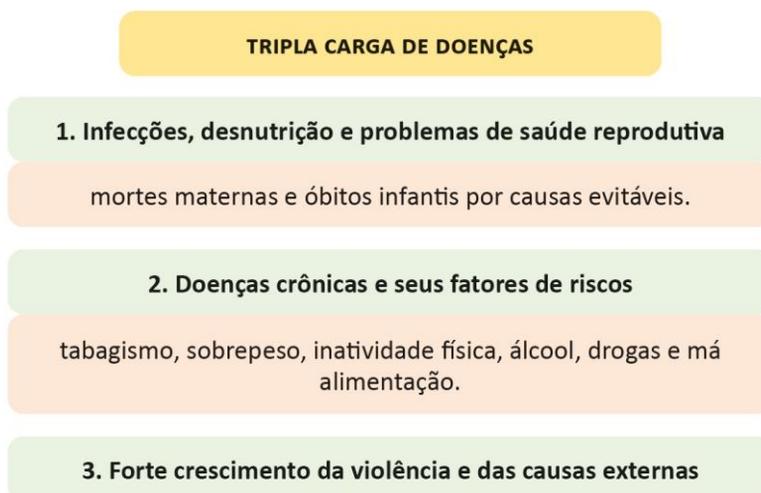
A **transição epidemiológica** é entendida com base nas mudanças ocorridas no tempo, na frequência, na magnitude e na distribuição das condições de saúde. São expressas nos padrões de morte, morbidade e invalidez em uma população específica. De forma geral, acontecem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas (SANTOS-PRECIADO *et al.*, 2003; SCHRAMM *et al.*, 2004).



O processo de transição epidemiológica engloba **três mudanças básicas**:

- I substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis (doenças do aparelho circulatório, neoplasias, diabetes e outras) e causas externas (acidentes e violências);
- II deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os grupos mais idosos;
- III transformação de uma situação em que predominava a mortalidade para outra em que a morbidade é dominante.

O Brasil vive uma situação de transição demográfica acelerada, acompanhada de uma transição epidemiológica singular. Esse processo se caracteriza por um modelo de tripla carga de doenças, como podemos ver no esquema abaixo (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; MENDES, 2011):



São atributos fundamentais do processo de transição epidemiológica singular dos países em desenvolvimento, como o Brasil (OMS, 2003; MENDES, 2011):

superposição de etapas, com a persistência concomitante das doenças infecciosas e carenciais e das doenças crônicas;

contratransições, movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas e as doenças reemergentes, como a dengue e a febre amarela;

transição prolongada, falta de resolução da transição em sentido definitivo;

polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde;

surgimento de novas doenças ou enfermidades emergentes.

A COLEÇÃO MAIS COMPLETA DO BRASIL

