

## Capítulo 1

Sistema Único de Saúde e estratégia de Saúde da Família

Rosane Lowenthal

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

LOWENTHAL, R. Sistema Único de Saúde e estratégia de Saúde da Família. In: *Saúde mental na infância: proposta de capacitação para atenção primária* [online]. São Paulo: Editora Mackenzie, 2013. Saberes em tese collection, vol. 2, pp. 21-27. ISBN 978-85-8293-727-3. Available from: doi: [10.7476/9788582937273](https://doi.org/10.7476/9788582937273). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/db864/epub/lowenthal-9788582937273.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

# Sistema Único de Saúde e Estratégia de Saúde da Família

**Em 1988, a Constituição Brasileira** reconheceu o direito de acesso universal à saúde a toda a população, por meio de um sistema único de saúde (BRASIL, 2005). Essa política foi resultado do Movimento Sanitário e responsável pela inclusão de 60 milhões de brasileiros como portadores legais do direito à saúde nos anos 1990 (MENDES, 2001).

As políticas sociais brasileiras, desde o início do século XX até o início dos anos 1980, eram a combinação de um “modelo de seguro social” voltado à proteção dos grupos sócio-ocupacionais com base em uma relação de direito contratual e de um “modelo assistencial” dirigido à população sem vínculos trabalhistas (MONNERAT; SENNA, 2007). A assistência à saúde, chamada também de assistência médico-hospitalar, era destinada à parcela de indigentes da população e realizada por alguns municípios, estados ou instituições de caráter filantrópico (SOUZA, 2002). Em paralelo, começaram a ser organizados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) que tinham como beneficiários os trabalhadores de uma categoria ocupacional específica (ferroviários, bancários etc.) e seus dependentes.

Em 1966, criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que foi a fusão de todos os IAPs de diferentes categorias

profissionais. Posteriormente, foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). O último, criado em 1974, tinha a responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, os trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também a contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos. Até a década de 1990, o sistema de saúde era dividido entre:

- » aqueles que podiam pagar pelos serviços, a grande maioria por meio de planos de saúde privados;
- » aqueles que eram beneficiários do INAMPS, ou seja, trabalhadores com carteira assinada e seus dependentes;
- » aqueles que não tinham direito a nenhum tipo de assistência (SOUZA, 2002).

O movimento da Reforma Sanitária brasileira nasceu na segunda metade dos anos 1970 no meio acadêmico, como forma de oposição à ditadura. Surgiu nos centros urbanos, firmando-se como uma luta desencadeada por trabalhadores, intelectuais, alguns partidos políticos que representavam o pensamento progressista e, posteriormente, recebeu sustentação teórica dos recém-criados Centros Brasileiros de Estudos de Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (BRAGA, 2007). Foi durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco histórico, em março de 1986, que foram consagrados os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária. A partir de então, a saúde passou a ser definida como

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação e renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade,

acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde: é assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Essa noção de saúde é definida no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1986).

A partir de então, o Ministério da Saúde convocou a Comissão Nacional para a Reforma Sanitária, que preparou um documento a ser levado para a Assembleia Nacional Constituinte, propondo a criação de um sistema de seguridade social que incluísse a saúde, a assistência social e a previdência sob um mesmo paradigma, de acordo com o modelo de bem-estar social. Assim, segundo o artigo 196 da atual Constituição Brasileira:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2005).

Sob forte influência do Movimento Sanitário nasceu o SUS, regulamentado no país em 1990, conforme dispõem as leis n. 8080/90 e 8142/90, tendo como princípios a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização/regionalização e participação da comunidade (BRASIL, 1990a, 1990b).

A universalidade é a garantia de atenção à saúde para todos os cidadãos, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais, em todos os serviços, sob dever do Estado. A equidade garante que todos os cidadãos são iguais perante o SUS e poderão ser atendidos nos serviços de saúde, em qualquer nível de complexidade de assistência, de acordo com a necessidade do caso. A integralidade é o sistema integrado, articulado e

contínuo de ações e serviços que visam promover, proteger e recuperar a saúde, o que significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar suprir todas as suas necessidades.

Na regionalização e hierarquização, os serviços de saúde devem ser divididos a partir de sua complexidade e cada serviço deve possuir uma determinada área de atuação e um público-alvo específico. O acesso aos serviços deve ter uma sequência a partir do nível primário e seguir a hierarquia dos níveis de atenção de acordo com a necessidade de resolução do problema. A resolubilidade é a capacidade de enfrentar e resolver os problemas de saúde utilizando plenamente a disponibilidade da unidade.

A descentralização é a redistribuição de responsabilidades em toda a rede de serviços, buscando um maior compromisso na solução dos problemas de saúde da população de sua responsabilidade e ainda garantindo a participação da população nessas decisões. E, por fim, a participação da comunidade é a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas e de classe, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da execução. Essa participação deverá ser feita por meio de conselhos de saúde, com representação paritária dos usuários, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviço e do governo. Outra forma seria por meio da participação nas conferências de saúde periódicas que definiriam as políticas de saúde e as prioridades. O processo participativo deve levar aos cidadãos maior conhecimento e posicionamento (BRASIL, 2003; PAULA et al., 2009).

Como modelo administrativo, as responsabilidades com a gestão, a implementação e o financiamento são compartilhadas entre os gestores federais, estaduais e municipais. Todo esse processo tem sido orientado pelas normas operacionais básicas (NOB), instituídas por meio de portarias ministeriais. Elas definem as competências de cada esfera do governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as responsabilidades e prerrogativas dentro do Sistema. Com a imple-

mentação do SUS, a Atenção Primária surgiu como estratégia de fundamental importância para essa nova organização do sistema de saúde pública nacional, sendo considerada a porta de entrada preferencial do processo de assistência (PAULA et al., 2009).

Atualmente, a AP é definida pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” e é desenvolvida pelas práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, por meio do trabalho em equipe, direcionada a um território delimitado e considerando a dinâmica desse território (BRASIL, 2007a).

Em 1994, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF) que elege o foco familiar como o principal em suas ações e tem o propósito de orientar a organização da AP no país no sentido de garantir os princípios da territorialização, longitudinalidade no cuidado, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilização e equidade, priorizando os princípios básicos do SUS (BRASIL, 2007a).

Os princípios da promoção da saúde, por meio do fortalecimento da AP, tendo o PSF como seu eixo estruturante, propõem sua construção por meio de uma troca solidária, crítica, capaz de fortalecer a participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais, a criação de ambientes saudáveis e a reorganização de serviços de saúde, entre outros. Segundo os princípios da promoção da saúde, esse modelo proporciona uma visão sistêmica e integral do indivíduo em seu contexto familiar e social, possibilitada mediante o trabalho

[...] com as reais necessidades locais, por meio de uma prática apropriada, humanizada e tecnicamente competente, sincronizando o saber popular com o saber técnico científico, em um verdadeiro encontro de gente cuidando de gente (SCOZ; FENILI, 2003, p. 72).

Segundo a portaria n. 648 de 28 de março de 2006, o PSF se consolida como estratégia prioritária para a reorganização da AP no Brasil e passa a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes do PSF, denominadas equipes de saúde da família (equipes SF), são formadas por, no mínimo, um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Em alguns casos, essa equipe pode ser ampliada com um dentista, um auxiliar de consultório odontológico e um técnico em higiene dental. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de 3 a 4,5 mil pessoas ou de mil famílias de uma determinada área (BRASIL, 2007a).

O trabalho da equipe SF é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e os Agentes Comunitários de Saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas UBS, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde. Como proposta de intervenção, as equipes de SF devem atuar:

- » sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta, prestando assistência integral, permanente e de qualidade;
- » realizando atividades de educação e promoção da saúde;
- » estabelecendo vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população;
- » estimulando a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e dos serviços de saúde;
- » utilizando sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões;

- » de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, a fim de intervir em situações que transcendam a especificidade do setor da saúde, produzindo efeitos positivos nas condições de vida e de saúde dos indivíduos, das famílias e da comunidade.

No ano de 2008, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 27,5 milhões de domicílios declararam-se cadastrados no PSE, o que corresponde a 47,7% dos domicílios brasileiros. A maior amostra está localizada no Nordeste, com 35,4%, seguida das regiões Sudeste, com 33,1%, Sul, com 16,5%, Centro-Oeste, com 7,6%, e, por fim, a região Norte, com 7,4% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS, 2010).

