



## SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

*Raphael Mendonça Guimarães*  
*Renata Pascoal Freire*  
*Barbara Campos Silva Valente*  
*Ieda da Costa Barbosa*  
*Grácia Maria de Miranda Gondim*

Por assegurar acesso integral, universal e igualitário à população – do atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos – o Sistema Único de Saúde (SUS) é ímpar no mundo. Instituído pela Constituição da República Federativa do Brasil (CF) de 1988, define, no artigo 196, o direito à saúde como “direito de todos” e “dever do Estado”.

Regulado pela Lei n. 8.080/1990 é financiado com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme o artigo 195 da CF, e opera por meio da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Compõem a Rede de Atenção à Saúde do SUS (RAS-SUS): centros e postos de saúde; hospitais públicos (incluindo universitários), laboratórios e hemocentros (bancos de sangue); serviços de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de vigilância ambiental, de vigilância em saúde do trabalhador; fundações e os institutos de pesquisa acadêmica e científica, como por exemplo Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e o Instituto Vital Brasil.

Com o objetivo de contextualizar o trabalho do Técnico em Vigilância em Saúde (TVS), este capítulo foca o SUS a partir da historiografia das políticas de saúde no Brasil, destacando modelos de atenção à saúde (modelos assistenciais), controvérsias e possibilidades na efetivação da atenção à saúde, com ênfase no modelo de vigilância em saúde. Essa temática está organizada nos seguintes tópicos:

1. Políticas de saúde no Brasil: breve histórico
2. Modelos de Atenção à Saúde
3. Sistema Único de Saúde: organização da atenção à saúde
4. Vigilância em saúde no Brasil: paradigma, modelo e estrutura

## 1. Políticas de saúde no Brasil: breve histórico

A definição de políticas de saúde no Brasil teve início no século XIX com a vinda da coroa portuguesa para o Rio de Janeiro, centro político e administrativo, principal porto do país à época. Com a necessidade de criar ambiente favorável à permanência da família real, a cidade recebeu melhoria nas condições higiênico-sanitárias.

Os serviços de saúde eram, basicamente, de controle-profilaxia e a concepção adotada sobre as causas das doenças baseava-se, ainda, na teoria miasmática (credita o adoecimento da população às emanações de

elementos no meio ambiente). Dessa forma, o controle de doenças era feito por intermédio do saneamento (implantação de rede de água e esgoto) e da urbanização das cidades e adoção de normas higiênicas para controle de mercados, alimentos e cemitérios.

Com a transferência da sede do governo português para o Brasil, a colônia ganhou importância, e a abertura de portos intensificou o comércio exterior exigindo fiscalização. A preocupação com a saúde da população, principalmente com a saúde da corte, criou a necessidade do saneamento dos portos como estratégia para o desenvolvimento de relações mercantis. D. João VI estabeleceu os cargos de físico-mor e de cirurgião-mor, que constituíam a *fiscatura* – tal como em Portugal – com o objetivo de indicar e executar intervenções frente aos problemas de higiene no meio urbano.

Em 1829, no contexto da epidemia de febre amarela, foi criada a Junta de Higiene Pública. Foram essas medidas que esboçaram as bases e os propósitos iniciais para a definição de uma política sanitária para o país.

Com a proclamação da República no final do século XIX (1889) e, com o objetivo de tornar os centros urbanos atrativos à economia e ao comércio, o governo do Presidente Rodrigues Alves (1902-1906) investiu na modernização e na urbanização das cidades. Esse período foi marcado por expressivo aumento do contingente populacional no meio urbano em consequência, principalmente, do movimento migratório: chegada de europeus (fortemente suscetíveis a doenças tropicais) e imigração da população rural para as cidades. Nesse cenário, as más condições de saneamento e de higiene das cidades, a disposição desordenada das moradias, a aglomeração de pessoas em um mesmo espaço favoreceram a ocorrência de epidemias.

Nesse início do século XX, os planos de saneamento e de melhoramento de cidades (São Paulo, Rio de Janeiro, Santos, Campinas, Recife, Curitiba e João Pessoa) e as ações higienistas (vacinas obrigatórias, remoção de cortiços, saneamento de portos) foram realizadas com a finalidade de garantir melhorias à saúde individual e coletiva. Contudo, medidas de

controle de doenças centradas na fiscalização dos portos não impactaram positivamente o quadro sanitário o que contribuiu para que navios não desembarcassem no país prejudicando a economia, principalmente a exportação de café.

No auge da era bacteriológica, com a comprovação de que o saneamento não era única medida de controle, as doenças transmissíveis – cólera, peste bubônica, febre amarela, varíola, tuberculose – que assolavam a população, requeriam ações governamentais que contemplassem medidas preventivas e de promoção em âmbito individual e coletivo. Frente a esse panorama, o governo federal, com a colaboração de médicos higienistas, estabeleceu estratégias para resolver esses problemas e promulgou, em 1904, a vacinação obrigatória, em todo o país, para febre amarela. Esse fato deu origem à polêmica Revolta da Vacina.

Nesse contexto, as bases e as medidas higienistas assumiram papel de guia do Estado para assuntos sanitários, expressas na criação de instituições de pesquisa biomédica e de saúde pública no país (Instituto Soroterápico Federal, atual Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro e Instituto Butantã, em São Paulo) bem como de organização de grupos de pesquisadores (Oswaldo Cruz, Adolpho Lutz e Carlos Chagas) para que atuassem no controle de doenças e orientassem medidas de profilaxia.

Os objetivos dessas instituições eram definir e executar medidas de controle de doenças endêmicas – imunização e interiorização de ações de saúde – por meio de expedições, voltadas para doenças específicas (febre amarela, tuberculose, hanseníase e ancilostomose). Com isso, definiram os rumos da saúde pública no Brasil, tendo como consequência a criação, em 1920, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP).

As medidas adotadas pelo DNSP se caracterizavam por campanhas assemelhadas às operações militares e estavam vinculadas ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, com o propósito de manter o país em condições sanitárias satisfatórias para atrair investimentos e impulsionar a economia. Concomitante às ações do Estado para a população, a assistência individual a pessoas abastadas era realizada por meio de

consultas com médicos de família, e a assistência aos despossuídos de recursos, por meio das Santas Casas de Misericórdia, que ofertavam serviços filantrópicos.

Na década de 1920, a Lei Elói Chaves criou a previdência social, por meio das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) para os ferroviários. Posteriormente, os benefícios estabelecidos por essa lei foram estendidos a outras categorias. Instituiu-se a responsabilização do Estado pela regulação de benefícios e serviços, especialmente de assistência médica, contemplando o operariado urbano por categoria e local de atuação. Tratava-se de um modelo restritivo a grupos de trabalhadores e tinha como foco a assistência à saúde, não incluindo práticas de proteção à saúde e prevenção de doenças como propunha o modelo do DNSP.

A partir da década de 1930, foram criados arcabouços jurídicos que regulamentaram, pela primeira vez, um sistema de proteção social com mudanças na condução das políticas públicas. Destaca-se a expansão dos direitos sociais para o trabalhador do campo.

A base de sustentação política do governo era o assalariado urbano, que favoreceu a criação de uma estrutura sindical. Como consequência, as Caixas de Aposentadoria e Pensão foram substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP). Essa nova conformação determinou os caminhos da saúde pública e da medicina previdenciária no Brasil. A primeira, sob a responsabilidade do Ministério da Educação e Saúde Pública, e a segunda, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde dissociado do Ministério da Educação, articulando os diversos serviços nacionais de saúde pública.

Em 1956, para promover a educação sanitária à população rural e à de áreas remotas do país, foi instituído o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNRU). Entretanto, permanecia a dicotomia entre as ações de saúde pública focadas em doenças específicas (endemias) de caráter coletivo e a assistência médica previdenciária restrita aos assalariados urbanos.

Em 1966, os IAPs são unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), dando origem a um sistema previdenciário de acesso a todos os brasileiros que estivessem inseridos no mercado de trabalho formal. Concentrou todas as contribuições previdenciárias, passando a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica desses trabalhadores, excluindo os informais e os trabalhadores rurais.

### Políticas de Saúde no Brasil



“Políticas de Saúde no Brasil – um século de lutas pelo direito a saúde”, filme produzido pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Disponível em: <https://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=11133>

Na década de 1970, foram criados o Sistema Nacional de Saúde (SNS), por meio da Lei n. 6.229/75, com a atribuição de organizar serviços de saúde dos setores público e privado, e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), vinculado ao Ministério da Previdência Social.

Na efetivação do SNS, predominou os interesses financeiros das instituições previdenciárias com hegemonia da burocracia, tendo como principal consequência a crescente mercantilização da saúde. Essa década ficou marcada pela integração e pelo fortalecimento da assistência médico-hospitalar de característica curativa, na área da Previdência. É desse período a agudização da crise do SNS, com críticas à insuficiência de profissionais, à inadequação das formas de prestação do cuidado às necessidades e ao perfil de adoecimento e morte da população, e às más condições de trabalho na rede de serviços. Esse quadro de insatisfação geral propicia o fortalecimento de movimentos sociais – dentre esses, o da Reforma Sanitária – que propunham a redemocratização do país e a universalização do direito à saúde.

A grande desigualdade social, decorrente, dentre outros fatores, da concentração de renda, teve como consequência a deterioração das condições de vida da população urbana e rural, resultando em incremento nas taxas de mortalidade, em especial, por doenças transmissíveis.

Ainda na década de 1970, com o declínio do modelo econômico implantado pela ditadura militar (1964-1985) que privilegiava o desenvolvimento econômico em detrimento do desenvolvimento social, um conjunto de problemas na área da saúde fica evidente:

- baixa resolutividade das ações de saúde pública;
- aumento do custo da assistência médica;
- redução das receitas previdenciárias;
- aumento crescente da iniquidade;
- desvio de verbas da previdência para cobrir despesas de outros setores; e
- moratória da União à previdência.

Associa-se a esse contexto, uma mudança no padrão de morbimortalidade da população, com o aumento das doenças e dos agravos não transmissíveis no perfil epidemiológico brasileiro. A atenção curativa (principal objetivo das ações assistenciais) não respondia às demandas e necessidade que se firmavam no cenário de convivência de doenças infectocontagiosas (ditas da pobreza) com as crônico-degenerativas (ditas da modernidade). Esse perfil combinado de agravos representou, por um lado, aumento nos custos de saúde pela necessidade de cuidados de maior complexidade e duração e, por outro, urgência em reorganizar a rede de serviços para atender a populações em territórios singulares (especificidades), com ações de proteção e promoção de saúde.

A aproximação dos serviços de saúde com a população indicou a necessidade de municipalização das ações e dos serviços, historicamente localizados nos âmbitos estadual e federal, de modo a contemplar, no planejamento e em sua execução, as necessidades e os problemas, possibilitando maior resolutividade e efetividade das ações de saúde.

A municipalização da gestão e a operacionalização da atenção à saúde firmaram-se como uma das bandeiras de luta do movimento da reforma sanitária brasileira.

A década de 1980 caracterizou-se pelo fortalecimento dos movimentos sociais, no contexto dos quais emergiram críticas e propostas relativas a temas pertinentes à saúde (políticas, modelos de atenção, perfil epidemiológico, práticas de saúde) e, com isso, foram organizados departamentos de medicina preventiva nas universidades e nos institutos de pesquisa, com o objetivo de obter mudanças pretendidas por esses movimentos para a saúde pública.

O conjunto de conhecimentos produzidos na articulação de instituições de ensino e pesquisa com os movimentos sociais gerou discussões e propostas sobre concepções de saúde e doença, reiterando críticas ao conceito de saúde, estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na década de 40.



### **Organização Mundial da Saúde (OMS)**

Em 1946, a OMS definiu saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença.

A necessidade, em todo o mundo, para estabelecer um conceito de saúde que considerasse determinações sociais tornou possível a busca de alternativas ao modelo de atenção à saúde 'médico-centrado, curativo, fragmentado e pouco resolutivo'.



Em outubro de 1979, o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, no Brasil, reafirmou críticas ao modelo de saúde adotado no país e acordou um conjunto de princípios e de fundamentos relacionados à reorientação de políticas no campo da saúde, na perspectiva de construir um sistema de saúde equânime, resolutivo, com acesso universal, sob a responsabilidade do Estado.

Com tais fundamentos e propósitos consolidou o movimento da reforma sanitária que defendeu a adoção de um modelo de atenção de saúde que contemplasse as dimensões técnica e gerencial, biológicas, sociais, econômica, política e cultural que incidissem sobre a saúde e a doença.

Antecedendo à promulgação da CF/1988, a implantação de projetos de atenção de saúde inspirados no modelo de medicina comunitária que afirma o poder local e a participação social de atenção à saúde, em algumas cidades: Londrina/PR, Niterói/RJ, Montes Claros/MG, Sobradinho/DF, Campinas, Itu e Bauru/SP.

Alguns organismos de estado (conselhos de secretários estaduais e municipais de saúde) e da sociedade civil tiveram papel proeminente na organização de movimentos sociais pela reforma sanitária.

Outras ações planejadas e efetivadas no contexto do movimento de reforma sanitária e que potencializaram a formulação e reorientação do modelo de atenção de saúde, foram:

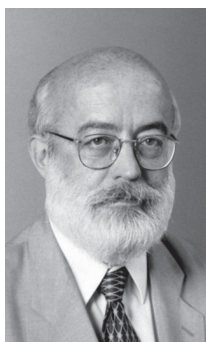
- criação, por decreto presidencial, do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), com o objetivo de organizar e racionalizar a assistência médica;
- instituição do Programa de Interiorização das Ações de Saúde Saneamento (Piass), com foco nas regiões norte e nordeste do país, objetivando garantir o fornecimento de água e o esgotamento sanitário em locais remotos do país;

- definição da estratégia de Ações Integradas de Saúde (AIS) objetivando a cooperação interfederativa no setor saúde o que promoveu avanços na rede básica ambulatorial e ampliação do acesso da população aos serviços.

A partir de 1984, a redemocratização do país e o reestabelecimento da correlação de forças políticas ampliaram mudanças estruturais e operacionais na organização, gestão e funcionamento dos serviços de saúde tendo o movimento sanitário como referencial. Esse processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) em 1986, com o lema: *“saúde como direito de todos e dever do estado”*, que legitimou os propósitos da reforma sanitária, criando as condições políticas favoráveis à luta por um sistema único de saúde para o país.

Foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) com o objetivo de aprofundar o debate sobre o financiamento e a operacionalização do sistema de saúde, sendo um desdobramento do MRSB.

Os resultados da CNRS foram amplamente utilizados pelos constituintes em 1986. Em 1987, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), sucessor das AIS, tendo como princípios a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária. Essas experiências serviram de base para a formulação do SUS. O MRSB apresentou à Assembleia Nacional Constituinte proposta de organização de um sistema único de saúde para o país.



### **Sérgio Arouca (1941-2003)**

Médico e sanitarista, expoente da reforma sanitária brasileira, escreveu a tese *“O Dilema Preventivista”*, situando, crítica e propositivamente, a problemática da saúde pública no Brasil.

Aprovada em 1988, a nova CF estabelece saúde como direito de todos e dever do Estado e define o SUS a ser organizado e efetivado para garantir acesso universal, equânime e resolutivo aos serviços de saúde.

O contexto favorável que advém das determinações constitucionais para o setor saúde, ao tempo em que possibilitou a rearticulação dos movimentos sociais no país – com reflexos na organização dos profissionais e trabalhadores da área, fundindo suas reivindicações às das classes populares por melhorias na rede física de serviços e nas condições de atendimento – agudizou a situação de crise na saúde pública e a na previdência social.

## 2. Modelos de Atenção à Saúde

Todo sistema de serviços de saúde deve conter elementos e funções que o caracterize: organização, gestão, infraestrutura, prestação da atenção e financiamento. No componente *prestação da atenção* está definido o modelo de atenção à saúde (ou modelo assistencial), correspondendo a ações, práticas de saúde, cuidado, assistência e intervenções.

A partir da década de 1980, documentos técnicos e oficiais de governo trouxeram referências a concepções de modelos de atenção que estruturaram dimensões técnicas e tecnológicas das práticas de saúde, adotadas em diferentes momentos das políticas dessa área.

No campo científico, o termo modelo é, muitas vezes, aplicado como sinônimo de paradigma – representação simplificada da realidade – no qual estão descritos componentes e características principais que o distinguem e o particularizam. Para alguns autores, modelo é sempre parcial, esquemático e convencional, dado que não explicita (ou ignora) parte do conteúdo do objeto sobre o qual se vincula. Pode ser representado por plano (urbano, de saúde), desenho (relações geométricas ou pictóricas), fórmula matemática (teorema ou gráfico) ou conjunto arti-

culado de conceitos, teorias e métodos (forma organizativa simplificada de um sistema econômico, de saúde, administrativo ou educacional).



### Sobre o termo “modelo”

Possui diversos significados. Empregado em contextos diferenciados, é utilizado tanto no sentido dado pelo senso comum quanto pela ciência, podendo significar, em ambos, padrão, algo a ser seguido, normatizado, observado com rigor.

Pode representar pessoas exemplares, em alguma medida ou circunstância (ídolo, ícone, figura pública) e ainda aferir às formas ou às fórmulas modulação ou adaptação da realidade observada. Exemplos: formulações estatísticas e formas criadas por meio de material elástico para modelar.

O modelo de atenção à saúde segue uma lógica que orienta ações e intervenções nas dimensões técnica e gerencial do sistema de saúde, reunindo fundamentos, características e racionalidades.

No Brasil, ao longo da construção e consolidação do campo da saúde pública, vários modelos de atenção foram propostos, reconfigurados e aplicados em consonância ao modelo de desenvolvimento econômico, social e político, vigentes em cada período.

Tendo como perspectiva responder, com efetividade, oportunidade e qualidade, às necessidades e aos problemas de saúde da população, esses modelos de atenção à saúde receberam influência de movimentos de saúde propostos e experimentados em outros países e também em alguns estados ou municípios do Brasil com legados incorporados ao SUS (medicina preventiva, medicina comunitária, atenção primária a saúde, promoção da saúde).

Nesse cenário, a expressão *modelos assistenciais*, na década de 1980, referia-se a diferentes formas de organização dos serviços de saúde e a sua correspondência em unidades de saúde com graus distintos de

complexidade tecnológica. Não havia referência a padrão ou a tipo específico e exclusivo de organização da rede de serviços de saúde. Nos anos subsequentes, outras concepções e outros modos de organizar os serviços de saúde foram sendo reconfirmados e desenvolvidos:

- Modo de organizar as unidades de prestação de serviços de saúde:
  - modelo piramidal – das unidades mais simples às mais complexas;
  - modelo em redes – conjunto de unidades, de mesma natureza, mas de complexidade diversa, voltado para prestar serviços de saúde articulados por meio de referência e de contrarreferência;
  - modelo em sistemas – conjunto de instituições de saúde regidas por arcabouço jurídico-político referente à gestão, ao financiamento e à oferta de serviços.
- Modo de organizar o processo de prestação de serviços:
  - atenção à demanda espontânea;
  - oferta organizada de ações programáticas;
  - vigilância em saúde – por oferta, demanda, necessidades e problemas, incluindo o território, as condições e os modos de vida da população e a integralidade.
- Modo de organizar as práticas de saúde para atender às necessidades e aos problemas de saúde (individual e coletivo):
  - promoção da saúde por meio de ações de políticas públicas saudáveis e intersetoriais;
  - prevenção de riscos e de agravos por meio de ações de vigilância epidemiológica e sanitária, para controle de riscos de doenças;

- tratamento e reabilitação por meio de diagnóstico precoce, de redução de danos e de sequelas, de tratamento imediato e de recuperação.
- Modo de agir e de gerir, no campo das ações de saúde, modelo técnico-assistencial em defesa da vida por meio de gestão democrática, entendendo saúde como direito e como serviço de saúde com foco na defesa da vida individual e coletiva.

No Brasil dois modelos se consolidaram como dominantes: modelo médico assistencial e modelo sanitarista campanhista. O primeiro, voltado para atenção individual, entende a saúde, a doença e o cuidado como mercadorias. Enfatiza a dimensão biológica e a prática médica. Recorre à medicalização dos problemas de saúde e privilegia a medicina curativa, com estímulo ao “consumo médico”. A pessoa atendida é considerada “consumidor do cuidado” (passivo, subordinado e excluído de participar da prevenção, da proteção e da recuperação da saúde). O segundo volta-se para as dimensões das necessidades coletivas. Incide sobre doenças específicas, em geral transmissíveis (endemias), e se efetiva por meio de campanhas e de programas especiais (saúde da criança e da mulher, vacinação, controle de tuberculose, por exemplo). Recorre às vigilâncias epidemiológica e sanitária como estruturas operacionais complementares.

Com a intenção de atender necessidades e demandas originárias de diferentes campos (sociais, econômicos, técnicos, operacionais, políticos), esses modelos são operacionalizados por intermédio de diferentes modos e estratégias de organização da atenção à saúde (Quadro 1).

**Quadro 1** – Tipos e características dos modelos de atenção à saúde (modelos assistenciais)

Modelos e Tipos	Características
<p><b>Médico Assistencial Privatista</b></p>	<p>Centrado na clínica; atende a demanda espontânea; realiza procedimentos e serviços especializados prestigiados pela política, mídia, população e profissionais de saúde. O objeto é o doente e as doenças; o sujeito das práticas é o especialista médico; os meios de trabalho são as tecnologias médicas e a organização do processo de trabalho em redes de serviços centradas no hospital.</p>
<p><b>Atenção Gerenciada</b></p>	<p>Centrado em análises custo-benefício, no custo-efetividade e na medicina baseada em evidências; voltado para distintos atores sociais – consumidores, financiadores, provedores, captadores de recursos e administradores. Apoiado em protocolos assistenciais para o cuidado e a avaliação e no controle da produção e do trabalho médico; retém demanda e racionaliza procedimentos e serviços especializados.</p>
<p><b>Sanitarista Campanhista</b></p>	<p>Centrado em campanhas e programas especiais é fundamentado em disciplinas biológicas (microbiologia, virologia, toxicologia, parasitologia, entomologia, imunologia) e na epidemiologia. Combina diferentes tecnologias; atua sobre determinados agravos e riscos e desenvolve intervenções dirigidas a grupos populacionais; adota administração vertical com coordenações nas três esferas de gestão por meio de normas, manuais, decisões e informações particularizadas.</p>

Continuação do **Quadro 1**

Modelos e Tipos	Características
<b>Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica</b>	<p>Centrado nas vigilâncias sanitária e epidemiológica e fundamentado em saberes biomédicos, jurídicos, estatísticos e epidemiológicos. A vigilância sanitária atua sobre riscos decorrentes da produção de bens e de consumo e de produtos e serviços de interesse da saúde, por meio de ações de proteção e de promoção da saúde. A vigilância epidemiológica envolve um conjunto de ações para detectar ou prever mudanças que provoquem alterações nos fatores condicionantes e determinantes de doenças para recomendar, oportunamente, medidas de prevenção e controle. É concebida como um sistema informação-decisão-ação.</p>
<b>Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF)</b>	<p>Centrados no território e na família. Desenvolvidos sob a ótica da focalização; voltados para os pobres e excluídos em lugares remotos e periferias urbanas. Oferecem atenção primária seletiva de modo a melhorar a capacidade das pessoas para cuidar de sua saúde, por meio da transmissão de informação e conhecimentos. Contribuíram para a consolidação de sistemas locais de saúde (Silos). O PSF foi integrado ao PACS em 1994, com equipe composta por médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) para cuidar de pessoas em área delimitada (território com população entre 600 a 1000 famílias). A equipe pode ser acrescida de dentista, assistente social, psicólogo, nutricionistas. Desenvolve atividades extramuros de base territorial, priorizando ações educativas e de prevenção de riscos e agravos, com ações básicas dirigidas a grupos prioritários. Objetiva reorientar o modelo de atenção a partir da atenção básica de saúde. Orienta-se pela integralidade do cuidado, continuidade da atenção em todos os níveis (longitudinalidade), coordenação e vínculo entre a equipe de saúde e a população. Realiza cadastramento e acompanhamento sistemático de famílias; planejamento e programação local por meio da identificação de problemas (diagnóstico de situação de saúde e condições de vida).</p>

Fonte: Autores.



No contexto do movimento de reforma sanitária (anos 80-90), com ênfase no processo de descentralização e no protagonismo dos municípios para a condução da política em âmbito local e, com o propósito de mudar práticas de saúde, processo de trabalho e reorganizar a atenção e o cuidado são propostos e experimentados outros modelos de atenção e outros modos e estratégias de organização dos serviços de saúde.

Inicialmente adotados como “modelos alternativos” aos modelos dominantes, foram sendo integrados às políticas e aos programas de operacionalização do SUS. Dentre estes, destacam-se: oferta organizada, distritalização, vigilância em saúde, ações programáticas de saúde, estratégia de saúde da família, acolhimento e, mais recentemente, linhas de cuidado, projeto assistencial e equipes matriciais e de referência. Utilizam tecnologias de natureza e intensidade diversas, estruturadas com base em problemas e necessidades de saúde de determinada população (Quadro 2).

**Quadro 2** – Modelos de Atenção à Saúde (“alternativos”): tipos e características

Modelos/ Tipos	Características
<b>Oferta Organizada</b>	Foca o nível local, utiliza conceitos de territorialização, integralidade da atenção e impacto epidemiológico. Redefine características da demanda por critérios de necessidades e epidemiológicos, compatibilizando com a demanda espontânea. Realiza análise situacional para identificar problemas e eleger intervenções de impacto sobre estes e utiliza uma combinação de recursos e tecnologias para obter a efetividade das ações. Sua ação é intramuros.

Continuação do **Quadro 2**

Modelos/ Tipos	Características
<b>Distrito sanitário</b>	Baseado nos sistemas locais de saúde (SILOS). Contempla população definida em território-processo, rede de serviços de saúde e equipamentos comunitários. Organiza serviços de saúde em rede estruturada em base epidemiológica e demográfica, articulada por mecanismos de comunicação (referência-contrareferência) e ação extramuros. Tem como princípios organizativos: impacto, adscrição, orientação por problema, intersectorialidade, planejamento e programação e autoridade sanitária local, corresponsabilidade, hierarquização, heterogeneidade, integralidade, intercomplementaridade.
<b>Ações Programáticas de Saúde</b>	Redefine os programas especiais e a recomposição das práticas de saúde no nível local, por meio do trabalho programático e ação intramuros. Realiza programação como instrumento de reconfiguração do processo de trabalho por meio da identificação dos problemas e das necessidades da população da área da unidade de saúde.
<b>Vigilância em Saúde</b>	Utiliza diagrama para análise de causas, de riscos e de danos para desenvolver ações e operações correspondentes com base na história natural das doenças (modelo de explicação de doenças segundo diferentes momentos do adoecimento para os quais define intervenções) por meio de respostas sociais organizadas, intersectorialidade e correspondência entre níveis de determinação e intervenção. Articula elementos da oferta organizada, do distrito sanitário, das ações programáticas. Enfatiza a análise de problemas de saúde (diagnóstico da situação de saúde e condições de vida) por meio da territorialização, do planejamento, da programação local, da participação social e do trabalho em equipe. Operacionaliza o conceito epidemiológico de risco e atua sob a forma de operações no território (ações extramuros e intramuros).

Continuação do **Quadro 2**

Modelos/ Tipos	Características
<b>Estratégia de Saúde da Família (ESF)</b>	Reorienta a organização da atenção básica à saúde (ABS). Integra ações de promoção, proteção e atenção à saúde. Tem base territorial definida, equipe multiprofissional e adscrição de famílias. Associa práticas que requerem diferentes tecnologias e campos de conhecimento. Tem interface com as propostas de vigilância em saúde, com a oferta organizada e com o acolhimento.
<b>Acolhimento</b>	Organiza serviços com base no usuário. Atende demanda espontânea e reorganiza o processo de trabalho, descentrando a figura do médico para a equipe. Qualifica a relação trabalhador-usuário, usa a análise institucional, a clínica e a psicologia. Fortalece vínculos e redefine a porta de entrada. Implantado na esfera municipal, inclusive, por meio de programas de extensão e estágios curriculares das Instituições de Ensino Superior e técnico e da ESF.

**Fonte:** Autores.

Essa diversidade de modelos, de modos e de estratégias de organização e operacionalização da atenção à saúde, para além de contraposição ou de substituição de propostas, vem se firmando como modos de contemplar e de atender a heterogeneidade e a complexidade de situações de saúde bem como as demandas dos diferentes municípios e de grupos populacionais. Em algumas situações históricas, determinado modelo se apresenta mais adequado que outro, ou a combinação de características de alguns conformam 'novo' modelo.

O desafio é compreender características, adequação e pertinência dos modelos para organizar sistemas de saúde singulares, orientados nos princípios e nas diretrizes do SUS, e definir a combinação apropriada de tecnologias e de abordagens frente aos problemas das diferentes populações e aos perfis de adoecimento e morte, para responder às necessidades de saúde individual e coletiva nos territórios.

### 3. Sistema Único de Saúde: organização da atenção à saúde

Quando da promulgação da CF e definição do SUS integrado ao contexto da seguridade social (saúde, previdência e assistência social), a organização da atenção à saúde estava orientada sob a lógica de dois modelos:

- Modelo sanitarista campanhista:
  - ações de saneamento (obras de engenharia sanitária e normas de controle do ambiente e da população);
  - campanhas sanitárias e programas voltados para o controle de epidemias (programas verticais);
  - educação em saúde e prevenção (foco na saúde materno-infantil e criação de centros de saúde);
  - integração dos serviços de saúde pública e de assistência médica.
- Modelo médico privatista:
  - centrado em ações curativas e especializações médicas;
  - ênfase no cuidado fragmentado e no ambiente hospitalar;
  - alto custo e baixa resolutividade.

Os desafios e os impasses decorrentes das práticas e dos modos de organização de serviços de saúde, na lógica desses modelos, expunham lacunas a serem superadas pelas políticas públicas de saúde: agregar um conjunto amplo, diversificado e complexo de ações, de atividades

e de prestação de serviços, a ser organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de gestão, como também orientado por princípios doutrinários e organizacionais do SUS, como determina a CF (Quadro3).

**Quadro 3** – Princípios doutrinários e operacionais do Sistema Único de Saúde

Princípio	Natureza	Conceito
Universalidade	<b>Doutrinários</b>	Garante a atenção à saúde a todo e qualquer cidadão. O indivíduo passa a ter direito ao acesso a todos os serviços de saúde, inclusive àqueles contratados pelo poder público. Saúde é direito de todos e dever do estado, seja ele municipal, estadual ou federal.
Equidade		Significa tratamento diferenciado oferecido aos desiguais de forma a alcançar a igualdade de oportunidades, de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal. Atender a pessoa conforme suas necessidades, até o limite do que o sistema pode oferecer.
Integralidade		Reconhece na atenção à saúde a indivisibilidade da pessoa. Unidades prestadoras de serviço, nos diversos graus de complexidade, formam redes de atenção e cuidado, configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde).
Resolutividade		Refere à capacidade de cada unidade e serviço atender, no nível de sua atribuição e responsabilidade, às necessidades e aos problemas de saúde da população.

Continuação do **Quadro 3**

Princípio	Natureza	Conceito
Descentralização	Operacionais	Redistribui responsabilidades em relação às ações e aos serviços de saúde, nos três níveis de governo. Pressupõe que a tomada de decisão, para ser resolutiva, no que tange aos problemas e às necessidades de saúde, deva estar próxima da população. Reforça o papel do município sobre as questões de saúde – processo denominado municipalização da saúde.
Participação popular		Garante a participação da população no processo de formulação das políticas de saúde e de controle de sua execução, em todos os níveis de gestão do sistema, por meio de entidades representativas. A participação se dá nos conselhos de saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as conferências periódicas de saúde para definir prioridades e linhas de ação.
Regionalização e hierarquização		Organiza serviços em níveis crescentes de complexidade e densidade tecnológica, dispostos em área geográfica delimitada com definição de população atendida. Oferece à população adscrita acesso aos serviços de todos os níveis de atenção e a todo tipo de tecnologia disponível para obter ótimo grau de resolubilidade. O acesso à rede (primeiro contato) é feito, preferencialmente, em serviços de atenção primária (APS) qualificados para resolver os principais problemas de saúde. Serviços de maior complexidade são referenciados, sob a coordenação da APS, em todo território nacional.

Fonte: Autores.

Na década de 1990, foram publicadas as leis complementares que regulamentaram o SUS: Lei n. 8.080/1990 e Lei n. 8.142/1990. A Lei n. 8.080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, como também da organização e do funcionamento dos serviços correspondentes. Regula, para todo o território nacional, as ações e os serviços de saúde executados, isolados ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Além disso, essa lei estabelece que a direção do SUS deva ser única, exercida pelos seguintes órgãos: no âmbito da União, Ministério da Saúde (MS); no âmbito dos estados e Distrito Federal (DF), Secretarias de Estado da Saúde (SES) ou correspondentes; e, no âmbito dos municípios, Secretarias Municipais de Saúde (SMS) ou correspondentes.

A Lei n. 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros na área da saúde. Institui instâncias colegiadas em cada esfera de governo (conferências e conselhos de saúde). As conferências de saúde (municipal, estadual e distrital e nacional), realizadas a cada quatro anos, são convocadas pelo poder executivo ou, extraordinariamente, pelo conselho de saúde. Elas asseguram a representação de segmentos sociais e objetivam avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas voltadas para a área nos níveis correspondentes, possuindo caráter consultivo.

Os conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais) integram estrutura do Estado, têm caráter deliberativo e independente, sendo constituídos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Atuam na formulação de estratégias de controle da execução da política de saúde na instância correspondente (municipal, distrital, estadual e nacional), inclusive em aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo representante do poder executivo, legalmente constituído em cada âmbito.

Essa lei trata ainda da alocação de recursos do Fundo Nacional de Saúde e do repasse, de forma regular e automática, para estados, DF e municípios. Para o recebimento desses recursos, estados, DF e municípios devem contar com Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde e Relatórios de Gestão.

A implantação do SUS impõe normatização da estrutura organizacional dos serviços de saúde. Esse processo foi orientado por normas e protocolos, instituídos por meio de portarias ministeriais, nas quais estão definidas as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados, DF e municípios assumam suas atribuições. Essas normas – conhecidas como Normas Operacionais Básicas (NOB) – definem critérios que habilitam estados, DF e municípios a receberem repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS), de forma direta, aos seus respectivos fundos de saúde (Quadro 4).

**Quadro 4** – Normas Operacionais do SUS

Normas	Definições
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NOB 01/91</b></li> <li>• <b>NOB 01/92</b></li> <li>• <b>NOB 01/93</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Define o processo de descentralização, e o município é o principal gestor do sistema;</li> <li>• Cria formas de gestão;</li> <li>• Define requisitos e responsabilidade para habilitação de gestão (incipiente; parcial; semiplena).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NOB 01/96</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cria instâncias de articulação intergestores: Comissão Intergestora Bipartite (CIB), que reúne município e estado; Comissão Intergestora Tripartite (CIT), que reúne município, estado e federação;</li> <li>• Redefine o papel e a responsabilidades dos gestores nas esferas estadual e federal;</li> <li>• Define formas de articulação entre os sistemas municipais de saúde;</li> <li>• Redefine condições de gestão de estados e de municípios (atenção básica e sistema municipal de saúde);</li> <li>• Cria bases para implantação de novo modelo de atenção à saúde;</li> </ul>



Continuação do **Quadro 4**

Normas	Definições
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NOB 01/96</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Define Programação Pactuada Integrada (PPI), como forma de reorganização do modelo de atenção e da gestão do SUS como também de alocação dos recursos;</li> <li>• Define responsabilidades, fontes de financiamento e modalidades;</li> <li>• Estabelece práticas de acompanhamento, controle e avaliação do SUS.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NOAS 2001</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amplia responsabilidade dos municípios na Atenção Básica;</li> <li>• Define processo de regionalização da assistência;</li> <li>• Cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS;</li> <li>• Atualiza os critérios de habilitação de estados e municípios.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>NOAS 2002</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelece a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de maior equidade.</li> </ul>

**Fonte:** Autores.

Essas normas, com conteúdos negociados entre as três esferas de gestão e pactuados na Comissão Intergestores Tripartite, definiram estratégias e movimentos tático-operacionais para o SUS.



## **Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite**

Espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões são por consenso (e não por votação), o que estimula o debate e a negociação entre as partes.

### **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)**

Constituída (no nível federal), paritariamente, por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

### **Comissão Intergestores Bipartite (CIB)**

Constituída (em nível estadual), paritariamente, por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Incluem, obrigatoriamente, o Secretário de Saúde da capital do estado.

As NOBs desfizeram hierarquias tradicionais que não condiziam com o sistema universal e integral de prestação de serviços, contudo permanecia a necessidade do processo normativo do SUS contemplar a diversidade territorial, demográfica e epidemiológica do país no que diz respeito ao acesso à saúde. Essa constatação remete à discussão sobre modelos de atenção para integrar um conjunto de ações articulados em redes, com adequação à realidade e ao contexto de cada estado e região. O modelo em redes propicia aos gestores efetuarem pactos e negociações para atender, com resolutividade, às populações dos territórios sob suas responsabilidades.



## Território

Lugar onde a vida acontece e pessoas e grupos produzem as condições necessárias a sua existência e reprodução social.

Reúne um conjunto articulado e indissociável de objetos e de ações que afere dinâmica e movimento constantes, portanto, se caracteriza como processo em permanente construção.

Em 2006, foi aprovado o Pacto pela Saúde, dividido em três dimensões, com diretrizes operacionais específicas, definidas em portarias do MS, nas quais estão estabelecidos os respectivos mecanismos de financiamento: pacto em defesa do SUS, pacto pela vida e pacto de gestão.

Ressalta-se, como principal instrumento no pacto, para a efetiva organização do SUS, a regionalização que se constitui em estratégia prioritária para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade e a integralidade da atenção, racionalizar gastos, utilizar adequadamente os recursos e potencializar o processo de descentralização. A concepção da regionalização está presente em todo o arcabouço operacional do SUS (Diretrizes, NOB e Pactos), sendo modificada, em cada um, para aperfeiçoamento (Quadro 5).

**Quadro 5** – Normas Operacionais Básicas e no Pacto pela Saúde: concepções e estratégias de regionalização.

Normas e Pactos	Concepções e estratégias de regionalização
<b>NOB-SUS 01/93</b>	Define regionalização como articulação e mobilização municipal. Para a regionalização, considera: características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, sobretudo, vontade política expressa pelos diversos municípios de consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter corporativo.

Continuação do **Quadro 5**

Normas e Pactos	Concepções e estratégias de regionalização
<b>NOB-SUS 01/96</b>	Situa a regionalização na definição operacional das ações e dos serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, desenvolvidos em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada, hierarquizada e disciplinada em subsistemas. Cada município deve ter um estabelecimento voltado ao atendimento integral da população, inserido, de forma indissociável, no SUS, em sua abrangência local e nacional.
<b>NOAS-SUS 01/01 e 01/02</b>	Enfatizam a regionalização, no interior do processo de descentralização. Propõem ampliação para aumento da equidade, por meio da organização de sistemas de saúde funcionais, com todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais, sob a responsabilidade coordenadora da SES.
<b>Pacto pela Saúde</b>	Reafirma a regionalização como diretriz do SUS e eixo estruturante do Pacto. Deve orientar a descentralização das ações e dos serviços de saúde como também os processos de negociação e de pactuação entre os gestores. Principais instrumentos de planejamento são o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI).

**Fonte:** Autores.

O acesso da população aos serviços de saúde ocorre, preferencialmente, no primeiro nível de atenção da Rede de Atenção à Saúde (atenção básica), e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços de referência (média e alta complexidade), organizados nos âmbitos do município, do estado, da região de saúde e da União. A atenção básica está definida em portaria ministerial e compreende um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, voltado para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Tem a estratégia de saúde da família como modelo de reorganização.

As ações de serviços de saúde estão organizadas em rede de atenção, hierarquizada e regionalizada, na perspectiva do atendimento integral e da não fragmentação de ações.

Na regionalização, regiões de saúde são recortes territoriais, inseridos em espaços geográficos contínuos e dinâmicos a partir de interações sociais e de relações mediadas pelos processos de produção e de consumo configurando um perfil epidemiológico e uma situação de saúde.

É responsabilidade dos gestores a identificação das regiões por meio dos seguintes critérios: identidade cultural, econômica, ambiental e simbólica; e redes de comunicação, de infraestrutura, de transporte, de saúde, por exemplo. Nestas, as ações e os serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios vinculados, garantindo acesso, equidade e integralidade do cuidado à saúde. Para assegurar resolutividade na rede de atenção, hierarquizada e regionalizada, alguns fundamentos precisam ser considerados: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos.

Cada território é definido por critérios geográficos, culturais, sociais, econômicos, logo as regiões de saúde assumem diferentes desenhos (mesmo que não sigam as divisões administrativas regionais tradicionais) e atendam as diversidades locais.

Desse modo, o Pacto pela Saúde define região de saúde como espaço de negociação da gestão e organiza instâncias colegiadas para tomada de decisão. O Colegiado de Gestão Regional (CGR) constitui “ente federativo” para reorganização e fortalecimento do SUS. Tem como finalidade efetivar articulação permanente e contínua entre todos os municípios e o estado, na região de saúde correspondente. É um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa entre gestores municipais e estaduais.

**Figura 1** – Organização da Rede de Serviços do Sistema Único de Saúde: hierarquização e regionalização



**Fonte:** Wagner M. Paula.

Com o propósito de garantir a integralidade do cuidado, desde 2010, os serviços e as ações do SUS estão organizados em Redes de Atenção à Saúde do SUS (RAS) – arranjos de diferentes densidades tecnológicas – integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão. O objetivo da RAS é prestar atenção integral, de qualidade e resolutiva, que atenda às necessidades da população, tendo em vista a situação epidemiológica e demográfica de cada território.

Pretende-se, com a implementação das RAS, maior eficácia na produção de saúde, melhoria na eficiência da gestão do sistema no espaço regional e contribuição para o processo de efetivação do SUS (Figura 2).

**Figura 2** – Características das Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde



**Fonte:** Brasil, Ministério da Saúde, 2011.

A concretização de um sistema integrado de saúde conformado em redes pressupõe funcionamento articulado e permanente dos serviços a partir da base territorial de atenção básica, eixo estruturante da organização e da gestão do sistema de saúde. Não há como prescrever um modelo organizacional único para as RAS, contudo há atributos essenciais ao seu funcionamento:

- População e território definidos com amplo conhecimento de necessidades e problemas de saúde que determinam a oferta de serviços de saúde;
- Conjunto de estabelecimentos e unidades prestadores de serviços individuais e coletivos (de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos) e integram os programas focalizados em doenças, em riscos e em populações específicas;
- Atenção Básica à Saúde (ABS) estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às suas necessidades de saúde;

- Prestação de serviços especializados em lugar adequado;
- Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial;
- Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
- Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde;
- Participação social;
- Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
- Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
- Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes.
- Financiamento tripartite;
- Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e,
- Gestão baseada em resultado.

A partir de 2011, por meio de pactuação tripartite foram priorizadas na RAS-SUS as seguintes redes temáticas com base em vulnerabilidades, em agravos e em doenças a determinados segmentos populacionais:



- Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses;
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- Rede de Atenção Psicossocial (com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas);
- Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero);
- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

As redes são transversalizadas por ações referidas a qualificação, a educação; a informação; a regulação e a promoção e vigilância em saúde.

## 4. Vigilância em saúde no Brasil: paradigma, modelo e estrutura.

Historicamente, vigilância é um termo que, no campo da saúde, esteve associado à ideia de vigiar lugares e pessoas expostos a algum grau de contaminação ou de pestilência. A prática mais antiga, adotada para vigiar, foi o isolamento de pessoas doentes para impedir a disseminação da doença. Algumas experiências nos séculos XVIII e XIX, na Europa, constituíram elementos centrais das atuais práticas da 'vigilância em saúde': a polícia médica ou medicina de estado, na Alemanha; a medicina urbana, na França; e a medicina social, na Inglaterra (Quadro 6).

**Quadro 6** – Algumas experiências de vigilância na área de saúde

Experiências	Características
<b>Medicina de Estado ou Polícia Médica (Alemanha)</b>	Inicialmente caracterizada como medicina social, foi concebida e institucionalizada como política de saúde aplicada tanto aos médicos e a suas escolas quanto à população em geral. Originou uma burocracia de funcionários, responsáveis pela administração dos saberes sobre a saúde (em geral médicos).
<b>Medicina Urbana (França)</b>	Medicina higienista (essencialmente urbana). Teve como objetivos três grandes focos: análise de regiões insalubres do espaço urbano (acúmulo de sujeira, de pessoas e de perigos); controle da qualidade do ar e o da água, considerados fontes de miasmas e doenças.
<b>Medicina Social (Inglaterra)</b>	Surge com a efetivação da “Lei dos Pobres”, legislação capaz de controle efetivo sobre a população. Pressupunha a união da assistência social à intervenção médica, possibilitando o gerenciamento dos trabalhadores assalariados.

**Fonte:** Autores.

Somam-se a essas experiências, o trabalho e os estudos de Florence Nightingale na vigilância dos ambientes de campanha, na Guerra da Criméia; o estudo do médico Húngaro Ignaz Semmelweis sobre a febre puerperal que levou à morte grande número de mulheres internadas no Primeiro Serviço da Maternidade do Hospital de Viena (1844 a 1848); e o de John Snow sobre os modos de transmissão da cólera em Londres. Todos contribuíram, sobremaneira, para a fundamentação e a institucionalização das ações de vigilância em saúde. No Brasil, as primeiras medidas de saúde pública ocorreram no final do século XIX. Deste ponto da história até os dias atuais, algumas ações foram emblemáticas para a criação das práticas de vigilância em saúde. (Quadro 7)

**Quadro 7** – Momentos históricos da vigilância em saúde no Brasil

Ano	Evento
<b>1889</b>	Primeira Regulamentação dos Serviços de Saúde dos Portos, com o objetivo de prevenir epidemias e possibilitar o intercâmbio seguro de mercadorias. Instituição de quarentena para navios.
<b>1904</b>	Instituição da vacinação obrigatória de febre amarela e Revolta da Vacina.
<b>Década de 1940</b>	Instituição de programas organizados como serviços nacionais, encarregados de controlar doenças prevalentes (febre amarela, a malária, a tuberculose e a peste bubônica).
<b>Década de 1960</b>	Criação de sistema de notificação regular para monitorar a situação epidemiológica de doenças, pelo Centro de Investigações Epidemiológicas (CIE) da Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP).
<b>Década de 1970</b>	Criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica. Criação, no âmbito do Ministério da Saúde, da Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária.
<b>Década de 1980</b>	Instauração da Assembleia Nacional Constituinte; Criação do SUDS; Promulgação da CF e criação do SUS.
<b>Década de 1990</b>	Descentralização das ações de controle de doenças, epidemiologia e vigilância para estados e municípios; extinção do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI); criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e definição do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária; Implantação da área técnica de vigilância em saúde ambiental no MS.

Continuação do **Quadro 7**

Ano	Evento
<b>Década de 2000</b>	Criação da Secretaria de Vigilância em Saúde no MS; Aprimoramento do processo de descentralização das ações de vigilância em saúde; descentralização e regionalização da vigilância em saúde do trabalhador; Transferência da gestão da saúde do trabalhador da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) para a Secretaria de Vigilância em Saúde; Definição de diretrizes para execução e financiamento das ações de vigilância em saúde pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios. Vigilância em saúde é definida como análise permanente da situação de saúde da população.
<b>Década de 2010</b>	Ampliação do escopo das ações de vigilância em saúde, potencializando o processo de descentralização junto a estados e municípios, de acordo com o Pacto pela Saúde.

**Fonte:** Autores.

A definição inicial de vigilância corresponde, essencialmente, à detecção, à análise e à disseminação de informação sobre doenças que deveriam ser objeto de monitoramento contínuo, portanto observação sistemática da distribuição e da tendência de incidência de doenças mediante a coleta sistemática; a consolidação e a avaliação de informes de morbidade, de mortalidade e de outros dados sobre doença; e a regular divulgação da informação.



### Características inerentes à vigilância

- Observação contínua;
- Coleta sistemática de dados sobre doenças.

Em todos os momentos em que o conceito de vigilância foi utilizado, essas características estiveram contempladas, inclusive na atualidade.

São elementos essenciais da atividade de vigilância, que a caracterizam e a diferenciam de outras práticas de saúde pública:

- o caráter de atividade contínua, permanente e sistemática, diferente de estudos e de levantamentos realizados de forma ocasional;
- o foco dirigido a resultados específicos para estabelecer objetivos e metas a serem alcançados;
- a utilização de dados diretamente relacionados com a prática da saúde pública, particularmente, de morbidade e de mortalidade;
- o sentido utilitário e pragmático da atividade que, em última análise, visa estabelecer controle de doenças e não apenas ampliar o conhecimento sobre elas.

Mais recentemente, com a emergência de doenças e agravos não transmissíveis, a rotina das atividades de vigilância foi modificada, voltando-se para o monitoramento de estilos de vida, fatores de risco e suas prevalências, tais como obesidade, tabagismo, violência, uso de drogas e outros, para propiciar ações de saúde.

Desse modo, a incorporação da vigilância como prática de saúde pública amplia sua definição para a coleta contínua e sistemática, a análise, a interpretação e a disseminação de dados relativos a eventos da saúde, com o objetivo de reduzir a mortalidade e a morbidade e melhorar as condições de saúde.

Na América Latina e no Brasil, contudo, o debate em torno do termo e do significado de vigilância ainda é discutido e caminha por três vertentes que se expressam, inclusive, em variações terminológicas: vigilância 'da' saúde, vigilância 'à' saúde e vigilância 'em' saúde.

Os denominadores comuns que as aproximam são: a abertura para a epidemiologia, o que contribui para a análise dos problemas de saúde que transcenda a mera sistematização de indicadores gerais; e o plane-

jamento para a organização de sistemas e serviços, o que contribui para a implantação de novas práticas e novos modelos assistenciais.

Nos anos 80-90, o termo vigilância **da** saúde consolida-se no Brasil como proposta de modelo de atenção à saúde, alternativo aos modelos dominantes (médico-assistencialista e sanitaria-campanhista), tendo como eixo reestruturar a prática sanitária pela incorporação da interdisciplinaridade (articulação de saberes da epidemiologia, do planejamento, da comunicação e educação, da política e gestão, da geografia e da organização dos serviços). Precedem a essa formulação, três distintas concepções do termo:

- como análise da situação de saúde, limitada ao diagnóstico epidemiológico e sanitário, sem incorporar ações voltadas ao enfrentamento dos problemas;
- como integração institucional entre as áreas de 'vigilância epidemiológica' e 'vigilância sanitária', recentemente engloba as áreas de vigilância em saúde ambiental e vigilância em saúde do trabalhador, constituindo-se como forma organizativa institucional;
- como redefinição das práticas sanitárias, organiza os processos de trabalho em saúde sob a forma de operações para enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos, perdurando até os dias atuais incorporada, em maior ou menor intensidade, aos arranjos organizacionais do SUS com a denominação de vigilância **em** saúde.

As ações e as operações de vigilância em saúde ocorrem em territórios delimitados, nos diferentes momentos e na evolução do processo saúde-doença. Requer combinação de diferentes tecnologias, selecionadas para atender a alguns requisitos: adequação, eficácia e oportunidade, de modo a reestruturar as práticas de saúde e a organização da rede de serviços.

O modelo de vigilância em saúde redefine a organização dos serviços a partir do planejamento e da programação de ações, desenvolvidos com a equipe de saúde e a população do território. Adota a metodologia do planejamento estratégico-situacional que propicia maior sinergia entre os diferentes atores sociais implicados na resolução dos problemas e atende necessidades locais.

Os pilares de sustentação do processo de trabalho da vigilância em saúde são:

- os problemas de saúde – doenças, doentes, necessidade e determinantes sociais da saúde – riscos, causas e danos;
- o território – espaço de relações (poderes) e da produção e reprodução social;
- a intersetorialidade – possibilidade de interação e integração de diferentes setores responsáveis pela produção de saúde; e
- as práticas sanitárias – junção do trabalho prescrito com o trabalho não prescrito, ambos voltados para melhoria da saúde da população (Figura 3).

**Figura 3** – Diagrama da vigilância em saúde para análise de causas, riscos e danos



Fonte: PAIM (1994) In: TEIXEIRA; PAIM; VILLASBOAS, 1998.

A forma de atuação sob a lógica da vigilância em saúde implica um processo contínuo de coleta, análise e sistematização de dados (demográficos, socioeconômicos, políticos, culturais, epidemiológicos e sanitários) para produzir informação para ação.

Dados e informações são produzidos por diferentes trabalhadores do SUS dos três entes federados (união, estados e municípios) e por regiões de saúde para compreender a situação de saúde e as condições de vida de populações em territórios delimitados.



O conhecimento do território e da população facilita a identificação de problemas como também de necessidades a serem enfrentados e releva potencialidades locais que auxiliam na escolha de soluções. As informações sistematizadas orientam a equipe de saúde, os gestores e a população a encontrarem respostas que possam melhorar as condições de vida e a saúde local.

No processo de trabalho de vigilância em saúde, o uso do território é fundamental para as intervenções sobre riscos, causas e danos. A identificação dos elementos constitutivos do território (sociais, econômicos, geográficos, culturais, políticos, epidemiológicos) contribui para a análise da situação de saúde e das condições de vida como também para a definição de ações sobre os problemas e as necessidades de saúde.

A interação entre esses elementos é mediada por relações de poder que incidem sobre a vida cotidiana, indicando, para o trabalho da vigilância em saúde, possibilidades e dificuldades de intervenção.

O reconhecimento do território, por meio da territorialização de informações (lógica de esquadramento), compõe o conjunto de ferramentas básicas da vigilância em saúde e dá suporte ao planejamento de natureza participativa, realizado de forma contínua e ascendente. A base territorial contém uma série de informações referentes à população, à organização social e política, à cultura e à economia local (Figura 4).

**Figura 4**– Dinâmica do território e vigilância em saúde



Fonte: BRASIL, 2009.

É a base territorial que delimita responsabilidades e compromissos a serem pactuados e compartilhados (gestores, equipe de saúde, população) e possibilita a criação de vínculos e identidades, facilitando e potencializando o desenvolvimento das práticas de saúde e a criação de espaços de comunicação e educação.

A organização de serviços e o estabelecimento de redes são inerentes ao modelo de vigilância em saúde. O trabalho sob a égide desse modelo implica lidar com diversidade de perfis e de gestão do sistema de saúde, transitando nas dimensões técnica e política. Seu escopo engloba recursos metodológicos para o monitoramento de condições de vida e de saúde, por meio da epidemiologia, a reorientação dos serviços de saúde na superação das desigualdades de cobertura, de acesso e de qualidade do serviço, por meio da Estratégia Saúde da Família, em consonância com propostas da promoção da saúde.



## Promoção da Saúde

Em 1976, na Conferência Internacional de Promoção da Saúde no Canadá, é lançado o documento 'Carta de Ottawa', na perspectiva de propor um novo modelo de atenção – promoção da saúde, orientador dos sistemas nacionais de saúde. Para implementação, explicita necessidade de atender algumas condições e requisitos, como paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Com isso garantiu ou pretendia garantir igualdade de oportunidades, proporcionando meios que permitissem a todas as pessoas realizar, complementarmente, seu potencial de saúde. Propunha, para implantação, cinco campos de ação: políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis a saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidade pessoais e reorientação do sistema de saúde. (BUSS, 2003).

No Brasil, em 2006, foi publicada a Portaria n. 687 que dispõe sobre a política nacional de Promoção da Saúde como estratégia transversal às políticas sociais.

No cenário atual, a implementação do modelo da vigilância em saúde é processo complexo que articula o “enfoque populacional” (promoção) com o “enfoque de risco” (proteção) e o enfoque clínico (assistência), constituindo-se em conjunto articulado de tecnologias voltadas para ‘o pensar e o agir em saúde’. É referência para a formulação de propostas e, ao mesmo tempo, uma estratégia de organização de um conjunto heterogêneo de políticas e práticas que assumem configurações específicas de acordo com a situação de saúde das populações do país, estado ou município.

Destaca-se que o Brasil, por sua dimensão continental, possui grandes diferenças demográficas, econômicas e sociais, entre suas regiões geopolíticas (norte, nordeste, sul, sudeste e centro oeste) gerando desigualdade e iniquidades sociais o que resulta perfis de morbidade e mortalidade singulares e acesso diferenciado aos serviços de saúde. Os modelos de atenção à saúde, em geral, consideram essas características e a diversidade de contextos socioculturais.

Nessa direção o modelo da vigilância em saúde articula os vários níveis de atenção à saúde na RAS-SUS e enfatiza o desenvolvimento de ações de promoção, proteção, tratamento e reabilitação, a implementação de políticas intersetoriais e ações sociais para a melhoria de condições de vida e saúde com foco em causas, em riscos e em danos, nas dimensões individuais e coletivas.

A partir de 2009, por portaria, o MS define a composição da vigilância em saúde: vigilância epidemiológica; promoção da saúde; vigilância da situação de saúde; vigilância em saúde ambiental; vigilância da saúde do trabalhador e vigilância sanitária. Em 2013, são detalhadas a constituição e as atribuições da vigilância em saúde:

- vigilância da situação de saúde da população, com a produção de análises que subsidiem planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

- detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta às emergências de saúde pública;
- vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis, das doenças crônicas não transmissíveis, dos acidentes e das violências (vigilância epidemiológica);
- vigilância de populações expostas a riscos ambientais em saúde (vigilância em saúde ambiental);
- vigilância da saúde do trabalhador;
- vigilância sanitária dos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse à saúde;
- outras ações de vigilância que, de maneira rotineira e sistemática, podem ser desenvolvidas em serviços de saúde (públicos e privados) nos vários níveis de atenção, nos laboratórios, nos ambientes de estudo, nos ambientes de trabalho e na comunidade.

Embora reunidas sob a coordenação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), ainda hoje perdura a compartimentalização entre as distintas vigilâncias (epidemiológica, sanitária, saúde ambiental e da saúde do trabalhador), embora tenham por base princípios e processos de trabalho semelhantes.

O distanciamento conceitual e operacional dificulta a atuação integrada dessas estruturas para o enfrentamento dos problemas de saúde, combinando saberes e tecnologias diversas para intervir sobre a realidade. Ademais, não propicia a integração com a RAS-SUS nem considera o território como lugar da produção social da saúde, onde diferentes ações (promoção, proteção e reabilitação) respondem às necessidades e aos problemas locais.

## Referências

BENCHIMOL, J. **Epidemias e Medicina no Brasil Império (1822-1889)**. Pré-Univesp, SP, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.378, de 9 de julho de 2013**. Regula as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378\\_09\\_07\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1378_09_07_2013.html)>. Acesso em: set. 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: set. 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 3.252, de 22 dezembro de 2009**. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Disponível em: <<http://adcon.rn.gov.br/ACERVO/cerest/doc/DOC000000000043311.PDF>>. Acesso em: set. 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.956, de 14 de agosto de 2007**. Dispõe sobre a coordenação das ações relativas à saúde do trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1956\\_14\\_08\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1956_14_08_2007.html)>. Acesso em: set. 2006

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204\\_29\\_01\\_2007.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html)>. Acesso em: set. 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos da Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, 2006. 76p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 699, de 30 de março de 2006.** Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria699\\_30\\_03\\_06.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria699_30_03_06.pdf)>. Acesso em: set. 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 698 de 30 de março de 2006.** Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Disponível em: <[http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM\\_698\\_30marco\\_2006.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM_698_30marco_2006.pdf)>. Acesso em: set. 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília. 2006.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 2437, de 7 de dezembro de 2005.** Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST – no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437\\_07\\_12\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2437_07_12_2005.html)> Acesso em: set. 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.172, de 15 de junho de 2004.** Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de Vigilância em Saúde, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172\\_15\\_06\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1172_15_06_2004.html)>. Acesso em: set. 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº. 1.679, de 19 de setembro de 2002.** Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. Disponível em: <[ftp://medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria\\_1679\\_12092014.pdf](ftp://medicina.ufmg.br/osat/legislacao/Portaria_1679_12092014.pdf)>. Acesso em: set. 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002.** Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-/SUS 01/02. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)>. Acesso em: set. 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999.** Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files\\_mf/Pm\\_1399\\_1999.pdf](http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_1399_1999.pdf)>. Acesso em: set. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto 7508 de 28 de junho de 2011**. Regula a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 20 set. 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003**. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <<https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/98590/decreto-4726-03>> Acesso em: set. 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9782compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9782compilado.htm)> Acesso em: set. 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: DO, 1990.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação a saúde; a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: set. 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao-compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao-compilado.htm)> Acesso em: set. 2016.

BUSS, P.M. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: Czeresnia, D.; Freitas, C.M. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE/CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Vol. 1, 1ª ed. Brasília: CONASS, 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Para entender a gestão do SUS. Vigilância em Saúde**. Parte 1. Vol. 5, 1ª ed. Brasília: CONASS, 2011b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Para entender a gestão do SUS. Vigilância em Saúde.** Parte 2. Vol. 6, 1ª ed. Brasília: CONASS, 2011c.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Para entender a gestão do SUS. Legislação Estruturante do SUS.** Vol. 13, 1ª ed. Brasília: CONASS, 2011d.

COSTA, N. do R. **Comunidade epistêmica e a formação da reforma sanitária no Brasil.** *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 809-829, Sept. 2014.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 1988.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e papel das Normas Operacionais Básicas.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, p. 269-291, 2001.

MACHADO C.V. et al. **Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil.** *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 642-650, Aug. 2014.

MATTOS, Ruben Araujo de. **Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde.** *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica.** Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

\_\_\_\_\_. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. (In) Giovanela, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/CEBES, 2013, cap. 15, p.547-573.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. **A Crise da Saúde Pública e a Utopia da Saúde Coletiva.** Salvador: Casa da Qualidade, 2000. 358p.

ROSEN, G. **Uma História da Saúde Pública.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Unesp/Abrasco, 1994. 421p.

SCLIAR, M. **Do Mágico ao Social: trajetória da saúde pública.** São Paulo: Senac, 2002. 384p.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBOAS, A.L. **SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde.** *Informe Epidemiológico do SUS: VII (2)*, p.7-28, 1998.