Coletânea: Atualização em Saúde Coletiva

CONSTRUÇÃO SOCIAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

ORGANIZAÇÃO

Cadidja Dayane Sousa do Carmo
Rejane Christine de Sousa Queiroz
Silvia Cristina Viana Silva Lima
Deysianne Costa das Chagas
Paola Trindade Garcia

EDUFMA

Coletânea: Atualização em Saúde Coletiva

CONSTRUÇÃO SOCIAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

CADIDJA DAYANE SOUSA DO CARMO
REJANE CHRISTINE DE SOUSA QUEIROZ
SILVIA CRISTINA VIANA SILVA LIMA
DEYSIANNE COSTA DAS CHAGAS
PAOLA TRINDADE GARCIA
(Organizadores)

Coletânea: Atualização em Saúde Coletiva

CONSTRUÇÃO SOCIAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

São Luís

EDUFMA

2021

Copyright © 2021 by EDUFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Natalino Salgado Filho
Reitor
Prof. Dr. Marcos Fábio Belo Matos
Vice-Reitor

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira
Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Luís Henrique Serra
Prof. Dr. Elídio Armando Exposto Guarçoni
Prof. Dr. André da Silva Freires
Prof. Dr. Jadir Machado Lessa
Profª. Dra. Diana Rocha da Silva
Profª. Dra. Gisélia Brito dos Santos
Prof. Dr. Marcus Túlio Borowiski Lavarda
Prof. Dr. Marcos Nicolau Santos da Silva
Prof. Dr. Márcio James Soares Guimarães
Profª. Dra. Rosane Cláudia Rodrigues
Prof. Dr. João Batista Garcia
Prof. Dr. Flávio Luiz de Castro Freitas
Bibliotecária Suênia Oliveira Mendes
Prof. Dr. José Ribamar Ferreira Junior

Revisão
Mizraim Nunes Mesquita

Revisão técnico-pedagógica
Cadidja Dayane Sousa do Carmo

Projeto Gráfico
João Victor Marinho Figueiredo
Priscila Penha Coelho

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Lima, Silvia Cristina Viana Silva
Construção social das políticas de saúde no Brasil / Silvia Cristina Viana Silva Lima; Organização: Cadidja Dayane Sousa do Carmo... [et al.]. — São Luís: EDUFMA, 2021.

99 f. (Coletânea: Atualização em Saúde Coletiva).

ISBN: 978-65-89823-54-4

1. Saúde – Políticas - Brasil. 2. Saúde – Brasil. I. Garcia, Paola Trindade. II. Chagas, Deysianne Costa das. III. Carmo, Cadidja Dayane Sousa do. IV. Título.

CDD 614
CDU 614(81)

Elaborada por Neli Pereira Lima— CRB-13/600

Impresso no Brasil [2021]

Todos os diretos reservados. Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia, microimagem, gravando ou outro, sem permissão do autor.

EDUFMA | Editora da UFMA
Av. dos Portugueses, 1966 – Vila Bacanga
CEP: 65080-805 | São Luís | MA | Brasil
Telefone: (98) 3272-8157
www.edufma.ufma.br edufma@ufma.br

INFORMAÇÕES SOBRE AUTORES/ ORGANIZADORES

REJANE CHRISTINE DE SOUSA QUEIROZ – ORGANIZADORA

Graduação em Odontologia, pela Universidade Federal do Pará (1994-1999). Pós-doutorado em Saúde Global no Global Health Institute, Duke University, North Carolina, USA (2017-2018). Doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil (2005-2009), linha de pesquisa em Avaliação de Serviços e tecnologia de Saúde. Mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz Rio de Janeiro, Brasil (2002-2004), linha de pesquisa em Epidemiologia. Especializações em: Gestão em Saúde, pela Universidade Federal do Maranhão (2003), e em Educação para Profissões da Saúde (FAIMER BRASIL), pela Universidade Federal do Ceará (2014-2015). Atualmente é Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão. Faz parte do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFMA do qual foi vice-coordenadora (2018-19). Faz parte do Programa Profissional de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), atuando como coordenadora da UFMA. Foi bolsista de produtividade da FAPEMA (2016-2018) e bolsista de Desenvolvimento Tecnológico e Industrial A (DTI-A) do CNPq (2018-2019). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase nas áreas de Epidemiologia, Avaliação de Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Atenção Materno Infantil, Vigilância em Saúde e Saúde Bucal.

SILVIA CRISTINA VIANA SILVA LIMA – AUTORA E ORGANIZADORA

Graduada em Enfermagem. Mestre e doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão. Docente do Departamento de Saúde Pública/UFMA, responsável pela disciplina Gestão e Gerência da Rede Básica do Curso de Enfermagem. Docente da disciplina Saúde Coletiva no Curso de Farmácia. Coordena o Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com ênfase no trabalho interprofissional em saúde. Servidora pública da esfera estadual, do quadro estatutário no poder executivo na Secretaria de Estado da Saúde, lotada no Departamento de Atenção às IST/HIV/Aids/Hepatites Virais. Docente da Liga Acadêmica de Aids e IST. Conselheira de Saúde, membro do segmento gestor/prestador no Conselho Municipal de Saúde de São Luís-MA. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em interprofissionalização, atuando principalmente nos seguintes temas: Aids, Controle Social, Saúde Coletiva, Gestão, Gerência, Governança e Políticas Públicas.

PAOLA TRINDADE GARCIA – ORGANIZADORA

Graduação em Fisioterapia. Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva (UFMA). Residência Multiprofissional em Saúde (UFMA). Especialista em Processos Educacionais na Saúde (IEP-Sírio Libanês), Saúde da Família (CEST) e em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (UFMA). Possui experiência em Educação a Distância (EaD) e em Metodologias Ativas de Ensino (presencial e EaD). Docente da Universidade Federal do Maranhão do Departamento de Saúde Pública e coordenadora de Produção Pedagógica da UNA-SUS/UFMA. Professora Permanente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Renasf. Integrante do Grupo de Pesquisa SAITE – Tecnologia e Inovação em Educação na Saúde (CNPq/UFMA). Como pesquisadora, atua principalmente nos seguintes temas: Educação a Distância e Atenção Primária em Saúde.

DEYSIANNE COSTA DAS CHAGAS – ORGANIZADORA

Graduação em Nutrição. Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva (UFMA). Especialista em Docência em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Possui experiência na formação de profissionais de saúde como tutora do PET-Saúde/GraduaSUS e PET-Saúde/Interprofissionalidade. Possui experiência em Educação a Distância como tutora, orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso e designer instrucional pela UNA-SUS/UFMA. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Maranhão. Professora Colaboradora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Renasf. Como pesquisadora, atua principalmente nos seguintes temas: Epidemiologia, Educação em Saúde e Educação a Distância.

CADIDJA DAYANE SOUSA DO CARMO – ORGANIZADORA

Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Mestrado e Doutorado em Odontologia (UFMA). Especialização em Saúde da Família: Planejamento e Gestão MBA em Gestão em Saúde (FAE) e em Odontopediatria (Faculdade São Leopoldo Mandic), Microbiologia Geral (Universidade CEUMA). Habilitação em Sedação Consciente com Óxido Nitroso pelo Instituto de Pós graduação Pós-Saúde (MA). Experiência na docência de ensino superior na modalidade de Educação a Distância (EaD), com atuação como tutora, supervisora de tutoria, orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso em EaD pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS/UFMA). Experiência no magistério superior presencial como docente das disciplinas de Fundamentos de Microbiologia, Imunologia e Parasitologia; Cariologia, Promoção de Saúde Bucal e Odontopediatria.

PREFÁCIO

Na medida em que surgem novas gerações, cresce a tendência de achar naturais conquistas de direitos e de políticas em execução, mesmo que parcialmente. A memória do passado não serve primordialmente para engrandecer o passado. Destina-se, principalmente, para recordar como as condições de vida anteriores comparadas às do momento atual, foram precárias, dando origem a muitos sofrimentos e mortes precoces. A luta do passado, que se desembocou numa vida mais digna e humana, deve ser recordada e continuada. Os tempos conturbados pelos quais estamos passando nestes anos fatídicos de 2020-2021, fomos afetados por uma pandemia e passamos a conviver com um governo visivelmente descomprometido com o Sistema Único de Saúde (SUS), obrigando-nos a reinventar os movimentos sanitários de décadas passadas. Tiveram no Movimento Sanitarista, o Movimento Popular de Saúde – MOPS, as associações e organizações populares protagonistas na conquista do SUS. E os profissionais de enfermagem foram atores de primeira hora.

Esta publicação, pela qual não podemos deixar de parabenizar seus organizadores, nos lembra nosso próprio envolvimento no desenho do sistema público nascido de ampla discussão na sociedade brasileira, orientado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e consagrado pela Constituição Federal de 1988. Um Sistema que trata a saúde como direito, não como mercadoria; que destina os cuidados à saúde à totalidade, ao universo das pessoas que nasceram, cresceram e moram em nosso País; que fundamenta esse sistema não na doença, mas na preservação e promoção da saúde como situação normal em que as pessoas merecem viver; que respeita a diversidade, as diferenças de necessidades das pessoas as quais são os sujeitos da política; e que tem, na Atenção Primária e na Vigilância, seus eixos estruturantes e expressão essencial do cuidado da nação com seus integrantes.

Foi uma grande honra ser convidado a participar da reflexão sobre a nossa história sanitária. Certamente, os pós-graduados que saírem deste curso, irão se inserir na continuação desta história. E quem acessa a leitura destas páginas, sinta-se convidado a reconhecer, no Sistema Único de Saúde, uma das melhores experiências de saúde pública da nossa atualidade em nível mundial. Ainda não é um Sistema consolidado na sua plenitude. E nunca será, porque a história não para. Não é um Sistema perfeito. Por um lado, por causa da sua ainda tímida implementação. Por outro, devido às forças contrárias as

quais tentam destruir o que a duras penas foi conquistado. Se não fosse o SUS, o combate à pandemia teria enfrentado desafios maiores do que teve que superar. E seus problemas crônicos merecem aprofundamento pela sociedade, pelos órgãos do controle social e pelos poderes públicos constituídos. Vamos continuar aprendendo com a dona Vitória, a mulher que representa o povo brasileiro.

Jean Marie Van Damme
Educador Popular da Associação de
Saúde da Periferia do Maranhão – ASP-MA

APRESENTAÇÃO

A temática abordada nesse livro recoloca em pauta o processo de construção social das políticas de saúde no Brasil, reconhecendo o valor do controle social para a defesa, o fortalecimento e a consolidação no Sistema Único de Saúde (SUS). A compreensão da abrangência e da amplitude dos elementos constitutivos das Políticas Públicas é desafiadora. Sabe-se que o acesso à saúde nas políticas públicas é um direito humano fundamental — universal, indivisível e interdependente —, o que impulsiona a discutir, estudar e lutar diuturnamente para que seja assegurado e alcance a todos os cidadãos e cidadãs.

Parte-se do entendimento de que ocorreram várias mudanças na trajetória de luta pelo direito à saúde. Existiram muitas contradições, e os desafios para a criação, implementação e consolidação do SUS foram (e continuam) inúmeros, com diferentes dimensões, exigindo rememorar a história da saúde pública no Brasil, sua organização sanitária, em cada período, de 1988 à segunda década do século XXI.

Este livro é um dos resultados do módulo Construção social das políticas de saúde no Brasil, ofertado na Especialização em Saúde Coletiva com ênfase no Trabalho Interprofissional em Saúde pelo Departamento de Saúde Pública (DSP) da Universidade Federal do Maranhão, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), no âmbito da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (REDESCOLA).

O objetivo geral desse módulo, que se reflete diretamente nestes escritos, é: entender o processo de construção social das políticas de saúde no Brasil reconhecendo o valor do controle social no SUS. Para isso, a obra encontra-se organizada de modo que possibilitará aos leitores e leitoras: reconhecer os principais antecedentes históricos das Políticas Públicas de Saúde no Brasil; compreender a necessidade de fortalecimento do controle social nas políticas públicas no SUS, a partir dos seus instrumentos de gestão; e entender os diferentes modelos de atenção à saúde no país. Entre os conteúdos contemplados para atingir esses objetivos estão: legislações do SUS; o controle social junto aos instrumentos de planejamento do SUS, Redes de Atenção à Saúde; o papel do estado na Regionalização, modelos de atenção à saúde; o processo de construção social da Atenção Primária à Saúde.

Discutir sobre a construção social das políticas públicas de saúde exige reconhecer a pluralidade de vozes da sociedade civil em busca da formação de sujeitos políticos individuais e coletivos que questionem e lutem por direitos sociais, contra as iniquidades. A partir da narrativa da vivência da personagem Vitória (mulher idosa, negra, classe D, mãe, avó, pouca escolaridade, conselheira municipal de saúde há 4 anos, de uma capital), será possível refletir, discutir e estabelecer um processo de aprendizado sobre os diferentes aspectos das legislações do SUS que demonstram a sua organização, funcionamento e inúmeros desafios. No decorrer, será possível discutir como os Conselhos de Saúde podem e devem participar ativamente dos instrumentos de planejamento e gestão do SUS, contribuindo para (re)organização das Redes de Atenção e do modelo de atenção à saúde, a partir do processo de construção social da Atenção Primária à Saúde no território vivo.

Adicionalmente, estão dispostas no livro produções dos alunos da especialização, relatos sobre as temáticas abordadas durante o curso e relatos sobre essa experiência de formação. Essas contribuições ajudam a compreender a relevância do conteúdo abordado e do trabalho construído em conjunto nesse processo.

Boa leitura!

SUMÁRIO

PREFÁCIO 10

APRESENTAÇÃO 13

01 UMA ABORDAGEM SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL 19
Silvia Cristina Viana Silva Lima

02 A SAÚDE COMO DIREITO, LIMITES E POSSIBILIDADES NO BRASIL 23
Silvia Cristina Viana Silva Lima

03 UM OLHAR SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO SUS 25
Silvia Cristina Viana Silva Lima

3.1 Principais instrumentos, estruturas básicas e ferramentas para o planejamento no SUS 27
3.2 Redes de Atenção à Saúde no Brasil 33
3.3 Processo de planejamento regional integrado 35
3.4 Modelos de atenção à saúde 36
3.5 Processo de construção social da Atenção Primária à Saúde no Brasil 43

04 OBSERVAÇÃO DA AUTORA 46
Silvia Cristina Viana Silva Lima

05 PARTICIPAÇÃO DOS DISCENTES NA DINÂMICA DA DISCIPLINA 50

5.1 Uma abordagem sobre a Legislação do SUS e o controle social juntos aos instrumentos de planejamento 50
5.2 Uma abordagem sobre a rede de atenção à saúde e o papel do estado na regionalização 51
5.3 Uma abordagem sobre os modelos de atenção à saúde: o processo de construção social da Atenção Primária 55

06 RELATOS DOS CONVIDADOS EXTERNOS, DISCENTES E DOCENTES DO MÓDULO CONSTRUÇÃO SOCIAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS: NOVEMBRO DE 2020 58

6.1 Relatos dos convidados externos 58
6.2 Relatos dos discentes 64
6.3 Relatos dos docentes 79

CONSIDERAÇÕES FINAIS 88

REFERÊNCIAS 89

1 Uma abordagem sobre as políticas públicas de saúde no Brasil

Silvia Cristina Viana Silva Lima

Compreender o processo de Construção Social das Políticas Públicas de Saúde no Brasil, ao longo do tempo, é desafiador, complexo e multidimensional. Trata-se de uma temática que requer discussões sob diferentes âmbitos, tais como:

O Estado e suas transformações históricas (liberal, social e neoliberal), bem como suas crises — articuladas com a problemática das políticas públicas;

Os desafios do exercício do poder político para as agendas das Políticas Públicas;

A configuração do padrão e a atualidade do Sistema de Proteção Social: suas características e especificidades e da configuração histórica da administração pública;

A natureza das relações intergovernamentais e dos instrumentos de participação a partir da Constituição Federal de 1988;

Os arranjos institucionais e as práticas dos sujeitos sociais para entender os novos percursos das políticas setoriais e da gestão de saúde nos territórios.

Assim, entende-se como importante a identificação dos diferentes processos históricos e de luta por ações, serviços, projetos, políticas de saúde, até a instituição de um sistema complexo como o SUS, pois "[...] representa um esforço do nosso país de garantir o acesso universal de seus cidadãos aos cuidados em saúde para uma vida produtiva e feliz." (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2010).

Um ponto de partida para o debate sobre o processo de Construção Social das Políticas Públicas de Saúde no Brasil pode ser uma reflexão a partir do seguinte questionamento:

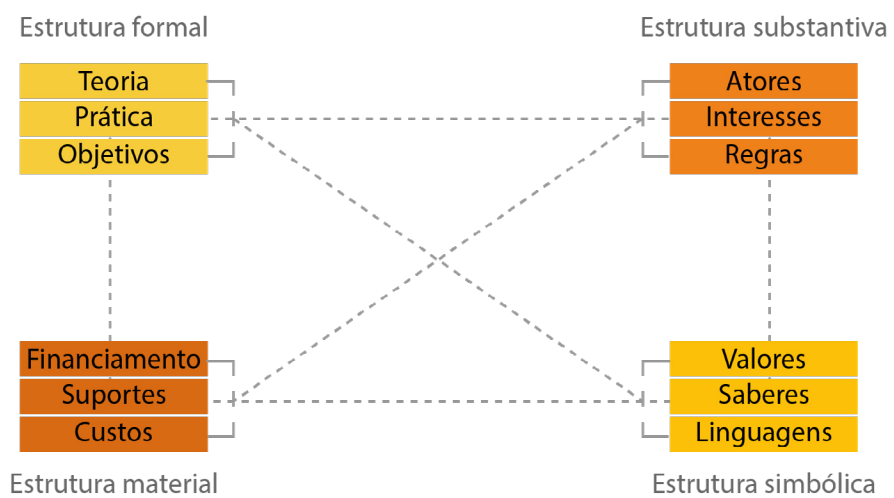
Como se constituem a Sociedade e o Estado?

A resposta envolve relembrar um marco histórico fundamental a ser resgatado — a Revolução Francesa (1789) — considerada ponto inicial da idade contemporânea, que marca as transformações profundas na organização da sociedade com impacto de seus efeitos em diversos locais do planeta. Os ideais de liberdade e igualdade defendidos se tornaram fundamentais para a sociedade, com às noções de individualismo e democracia, dentre outras (SILVA, 2011).

A sociedade civil tem pluralidade de vozes e, dentre os desafios, está a necessidade de constituir sujeitos políticos individuais e coletivos que questionem e lutem por direitos sociais, contra as iniquidades. Isto significa ampliar o conjunto de sujeitos políticos com voz no processo de construção da sociedade e do Estado (BARDIN, 2016).

Na República, pressupõe-se que na estrutura (formal, material, substantiva e simbólica) dessas políticas devem coexistir a independência de poderes, capacidade coletiva de formulação de agendas públicas e a busca pelo exercício pleno da cidadania (DI GIOVANNI, 2009), como mostra a Figura 1.

Figura 1: Elementos estruturantes das Políticas Públicas.



Fonte: Di Giovanni (2009, p. 12).

Precisa-se compreender a abrangência e amplitude dos elementos das Políticas Públicas. Para Di Giovanni (2009), não existe qualquer política pública que se esgote em si mesma, como uma totalidade fechada. Existem sim, múltiplas estruturas: formal, material, substantiva e simbólica, exigindo um aprofundamento do estudo com diferentes elementos: técnico, político, cultural e ideológico. Quaisquer que sejam as intervenções a serem realizadas pelas políticas públicas em uma dada realidade, tudo depende da natureza prática da política. Em outras palavras, as medidas e ferramentas envolverão elementos estruturais diversos que influenciarão nos resultados a serem almejados, ou efetivamente alcançados, individualmente ou por grupos de atores envolvidos.

No tocante às políticas públicas de saúde, a compreensão sobre o direito à saúde, torna-se indispensável. A **Declaração Universal dos Direitos Humanos** (1948) o considera um direito humano fundamental — universal, indivisível e interdependente —, considerando-se a diversidade humana e as condições de adversidade:

> Art. 25. Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar [bem-estar], inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle. (UNESCO BRASIL, 1998).

O direito à saúde é um fundamento para viver bem, envolvendo, dentre outros aspectos, a assistência médica e serviços sociais básicos: direito de todo cidadão às prestações de saúde do Estado. O Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) trata dos direitos decorrentes da dignidade inerente à pessoa humana. Em outros termos, o direito à saúde é indivisível em busca de sua proteção.

Trata-se de um direito complexo que expressa uma série de elementos distintos, embora conectados entre si: não sofrer danos, em sua saúde, provocados por terceiros, sejam pessoas físicas ou jurídicas, públicas ou privadas, onde o Estado promova uma série de medidas e políticas de proteção e promoção da saúde pública para que não seja ameaçada. Vale ressaltar a importância da atenção para não o reduzir à assistência à saúde (MORAES, 2003).

Sabe-se que existem e persistem desafios gigantes a serem enfrentados, tornando necessário se atentar para os fatores e condições que fragilizam e vulnerabilizam a saúde (sua/minha/nossa/todos e todas), tais como aspectos relacionados à injustiça social (desemprego, pobreza, analfabetismo e outros), considerada inaceitável, porém tolerada por não representar no imaginário coletivo um perigo à ordem social, bem como a violência (multidimensional) que, além de inaceitável, é considerada intolerável em virtude da ameaça à ordem social e à segurança individual, sendo prioridade para o Estado (PAIM et al., 2011).

A prática do controle e participação social são fundamentais na busca pelo direito à saúde de modo institucionalizado no Brasil.

REFLETINDO

O que se sabe sobre o processo de luta para a garantia do direito à saúde no Brasil?

A resposta passa pela compreensão do conceito ampliado da saúde, que abrange a promoção, restauração e manutenção da saúde de toda população, tendo como meta alcançar um nível ótimo, distribuído de forma equitativa e em busca da garantia de proteção adequada aos riscos e acolhimento humanizado dos cidadãos, por meio da prestação de serviços seguros e efetivos. Pode parecer utópico, mas, definitivamente, não é! (PAIM et al., 2011).

A insatisfação da população com os primeiros incrementos na área da saúde no país vem de longa data. Cabe destacar que a saúde pública e a medicina previdenciária trilharam trajetórias distintas. Ocorreram "revoltas" populares após o surgimento das **Caixas** e dos primeiros **Institutos de Aposentadoria** e **Pensão**. Chama atenção os equívocos na saúde pública no Regime Autoritário, época que aconteceram reivindicações populares revelando o anseio da população pela universalização da saúde pública, em especial durante o processo de redemocratização do Brasil. Nesse sentido, SUS resulta do enfrentamento de sérias dificuldades para acesso e atendimento adequado em diferentes partes do território nacional (OLIVEIRA, 2012; PONTE; REIS; FONSECA, 2010).

Há inúmeras publicações que tratam da história da saúde pública no Brasil, evidenciando a necessidade de ressignificação do valor do sistema de saúde público e de qualidade. Rememorar sua história até a criação do SUS e a organização sanitária do Brasil, nos períodos Colônia, Império, República Velha, Ditadura, transição democrática para a democracia, torna-se fundamental. Em cada período existiram contradições e desafios para criação, implementação e consolidação desse sistema. Fazer o SUS avançar depende da sociedade, considerando as dimensões continentais com amplas desigualdades regionais e sociais, e a análise do direito à saúde no país

PARA SABER MAIS

Conheça a publicação "O sistema brasileiro: história, avanços e desafios", com autoria de PAIM, et al. (2011), publicada no periódico The Lancet. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf.

2 A saúde como direito, limites e possibilidades no Brasil

Silvia Cristina Viana Silva Lima

No Brasil, a partir da Constituição Cidadã de 1998, a saúde passa a ser instituída como um 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, bem como acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, garantido pela interação dos três entes: União, Distrito Federal, estados e municípios (BRASIL, 2016a).

A relevância pública das ações e serviços de saúde passa pela definição do Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle (CF, Artigo 197). "Ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único [...]" (CF, Artigo 198). (BRASIL, 2016a, p. 119).

A história das políticas de saúde no Brasil passa pela compreensão do direito à saúde antes e depois do SUS. É fundamental ratificar a importância da Reforma Sanitária como algo indispensável e de grande valia. Assim, compreender toda construção social diante da participação de gestores e gestoras, trabalhadores e trabalhadoras da saúde, usuários e usuárias nas Conferências de Saúde (municipais, estaduais e nacionais). Em recorte temporal, resgatando o Pacto pela Saúde, evidenciam-se diversas mudanças importantes na trajetória de luta pelo direito à saúde: no processo de habilitação e adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão entre os entes federados; na regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização, e; a busca pela integração das várias formas de repasse dos recursos federais.

O Pacto pela Saúde em 2006, reafirmou (BRASIL, 2006):

- A responsabilidade das três esferas de gestão do SUS;
- A unidade de princípios;
- A coerência com a diversidade operativa;
- O respeito as diferenças loco-regionais;
- O reforço, a organização das regiões sanitárias e a instituição de mecanismos de cogestão e planejamento regional;

O fortalecimento dos espaços e mecanismos de controle social;

A exigência da qualificação do acesso;

A redefinição dos instrumentos de regulação, programação e avaliação;

A valorização da macro função de cooperação técnica entre os gestores;

A proposta de financiamento tripartite e o estímulo a critérios de equidade nas transferências fundo a fundo.

Nesse contexto, demonstra-se que o SUS é uma política pública resultante de uma construção histórica de décadas, com avanços e recuos, o que exige e requer conhecimento sobre o que se encontra pactuado entre os três entes federados e, certamente, que a participação com reivindicação dos direitos já institucionalizados contribuirá para sua defesa (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, 2010).

Vamos lutar para consolidar o SUS como política pública resolutiva. A saúde não é um "favor ou caridade", definitivamente, não é! Não deve haver privilégio de um cidadão ou cidadã em detrimento de outros.

A relação Estado e Sociedade Civil no tocante às políticas de saúde exige uma abordagem holística, multidimensional e interdisciplinar, pois envolve todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, além de requerer ações intersetoriais ampliadas dos setores da Previdência Social, Trabalho e Emprego, Meio Ambiente, Justiça, Educação e outros relacionados com políticas afins, o que possibilita a participação proativa dos trabalhadores e trabalhadoras, gestores e gestoras, usuários e usuárias da saúde em sua defesa.

VOCÊ CONHECE VITÓRIA, CONSELHEIRA MUNICIPAL DE SAÚDE?

Partindo-se do pressuposto que os conselheiros e conselheiras desempenham um papel fundamental na atuação dos Conselhos e, por conseguinte, na consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, **a experiência de vida de Vitória** (mulher idosa, negra, classe D, mãe, avó, pouca escolaridade) e de luta (conselheira municipal de saúde há 4 anos) possibilitará reflexões e discussões sobre a construção social das políticas de saúde em nosso país.

Vitória queria que todos do seu município (uma capital) compreendessem a relevância do controle social no SUS, no estado e país. Entretanto, no seu próprio Conselho Municipal, alguns conselheiros e conselheiras possuem um conceito equivocado quanto ao seu papel/atribuições, revelando a carência de capacitação, e apontam a pouca participação nas reuniões como um grave problema que deve ser revisto, a fim de que haja a legitimação dos Conselhos de Saúde. Não obstante, consideram-se no exercício da cidadania e esperam que o Conselho seja um espaço de resistência e de tensões, no sentido de resolver os problemas de maneira a satisfazer as necessidades de saúde da população.

3 Um olhar sobre a organização do SUS

Silvia Cristina Viana Silva Lima

As Portarias de Consolidação (nº 1 ao nº 6) tratam das normas sobre os direitos e deveres dos usuários e usuárias da saúde, a organização e o funcionamento do SUS. A Portaria de Consolidação nº 1/2017, que revogou 79 outras portarias: no Título I, trata dos Direitos e Deveres dos Usuários da Saúde; no Título II da Organização, com destaque para a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases), da Declaração de Emergência em Saúde de Importância Nacional e da Força Nacional, do Atendimento Emergencial aos Estados e Municípios Acometidos por Desastres Naturais e/ou Antropogênicos, do Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde, da Comissão de Biossegurança em Saúde da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC) no SUS (BRASIL, 2017b).

Destaca-se o Título IV, da Portaria de Consolidação 1 (BRASIL, 2017b), que trata especificamente do Planejamento, apresenta as Diretrizes do Processo de Planejamento no âmbito do SUS, da Participação Social e ainda da Participação Complementar. Nesse contexto, ganha relevância destacar acerca da **Ouvidoria do SUS.**

IMPORTANTE

A Ouvidora-geral do SUS (OUVSUS) objetiva garantir e ampliar o acesso do cidadão na busca efetiva de seus direitos. Trata-se de uma ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social. Todo cidadão e cidadã pode realizar reclamações, denúncias, sugestões, elogios e demais manifestações no tocante os serviços e atendimentos no SUS.
O acesso pode ser pelo endereço:
http://ouvprod02.saude.gov.br/ouvidor/AcompanhamentoDemandaPortal

No tocante às normas sobre as ações e os serviços de saúde do SUS — explicitadas na Portaria Consolidação nº 5/2017 (BRASIL, 2017f), a partir do artigo 788 — merece destaque o capítulo IV (das tecnologias em saúde), que trata dos programas, listados a seguir, em certa medida pouco discutidos no dia a dia da maioria dos serviços de saúde, nos diferentes níveis de complexidade:

Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde;

Programa Nacional para Qualificação, Produção e Inovação em Equipamentos e Materiais de Uso em Saúde no Complexo Industrial da Saúde;

Programa para o Desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (PROCIS);

Produtos Estratégicos para o SUS;

Programa Nacional de Competitividade em Vacinas (INOVACINA);

Plano de Ação de Pesquisa Clínica no Brasil;

Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS);

Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial no SUS;

Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS).

Outro aspecto a ser estudado se refere às normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS, explicitadas na Portaria Consolidação nº 6/2017 (BRASIL, 2017), que trata dos títulos do custeio da gestão do SUS:

Envolve o financiamento da educação permanente e programa de bolsas;

Financiamento da qualificação da gestão do SUS;

Incentivo financeiro para apoiar o desenvolvimento de soluções informatizadas que se integrem ao sistema cartão nacional de saúde (sistema cartão).

E, trata dos investimentos, referente aos capítulos:

Aquisição de equipamentos e materiais permanentes; construção e ampliação das Unidades Básicas de Saúde;

Construção, Ampliação e Aquisição de Material Permanente para as Centrais de Rede de Frio;

Regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos do programa academia da saúde.

Nesse contexto, ganham importância os instrumentos de planejamento no SUS, explanados na seção seguinte.

LEITURA COMPLEMENTAR

Recomenda-se a leitura da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2019).
Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180

3.1 Principais instrumentos, estruturas básicas e ferramentas para o planejamento no SUS

O planejamento no SUS é de responsabilidade conjunta das três esferas da federação, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. O Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacionais de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), em consonância com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), definem as diretrizes gerais de elaboração do planejamento para todas as esferas de gestão, estabelecem as prioridades e os objetivos nacionais.

Assim, o planejamento no SUS se fundamenta em uma dinâmica federativa em que cada uma das esferas possui suas atribuições específicas que, articuladas, produzem um planejamento orientado para impulsionar estratégias de regionalização. Os princípios gerais para o planejamento no Estado Brasileiro, com foco no setor saúde, estão dispostos ao longo de um conjunto de normas de diversas naturezas.

Com o Decreto n° 7.508/2011 e a Lei Complementar n° 141/2012, o planejamento em saúde foi recolocado na agenda em razão das inovações políticas e assistenciais ali estabelecidas. Trata-se de atos normativos que determinaram a necessidade de revisão de normas em busca do aprimoramento de estruturas instrumentais e de construção de novos processos e novas ferramentas de apoio ao planejamento no SUS (BRASIL, 2016b).

Para uma compreensão ampliada, recomenda-se o estudo sobre as atribuições dos entes federados, regionalização, etapas do planejamento no SUS, e os passos para o a modelagem do Planejamento (BRASIL, 2016b). Dentre os princípios do planejamento governamental no SUS, destacam-se (Figura 2):

Figura 2: Princípios do planejamento governamental no SUS.

- Uma atividade obrigatória e contínua
- Integrado à Seguridade Social e ao planejamento governamental;
- Ter resultados pactuados entre os gestores nas comissões intergestores regionais, bipartite e tripartite;
- Ser monitorado, avaliado;
- Ser ascendente e transparente objetivando a visibilidade de gestão da saúde a partir das necessidades de saúde da população.

Fonte: Brasil (2016, p. 85).

O planejamento no SUS deve ocorrer de forma **contínua, articulada, integrada** e **solidária** entre os entes federados. Deve retratar os serviços e as ações prestados pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, de acordo com as necessidades da população. São múltiplos os desafios para o exercício do planejamento como tecnologia de gestão no SUS, com um processo adequado que exige a participação ativa dos atores sociais e deve ser considerado um espaço de construção da democracia na gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2015).

O planejamento é uma ferramenta, um mecanismo utilizado e empregado para auxiliar a tomada de decisão, e para orientar a implementação das decisões tomadas. Inúmeros aspectos precisam ser observados para a efetivação do planejamento ascendente no SUS (VIEIRA, 2009).

Encontra-se preconizado que a identificação das necessidades de saúde da população, deva ocorrer baseada na Coordenação Interfederativa com a utilização dos critérios epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos, culturais, cobertura de serviços, entre outros, para a verificação das dinâmicas do território e que influencia diretamente nas condições de vida e saúde (BRASIL, 2015).

Em outros termos, a região de saúde deve ser caracterizada como território vivo para a execução das políticas de saúde, e demonstra a disponibilidade orçamentária dos recursos (alocação dos recursos de custeio e investimentos), seguindo diretrizes e contendo objetivos e metas, num processo de organização das ações e serviços de saúde em redes de atenção, que deverão ser pactuadas nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT), Bipartite (CIB) e Regional (CIR), aprovados nos Conselhos de Saúde, de acordo com a esfera de governo (BRASIL, 2015).

Sobre os instrumentos de planejamento no âmbito do SUS: Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde e Programação Geral da Ações e Serviços de Saúde – Relatório de Gestão, (BRASIL, 2009, 2016b):

O Plano de Saúde: deve expressar as necessidades de saúde da população. Contém diretrizes, objetivos, metas e resultados a serem alcançados, no período de quatro anos. Envolve a execução, o acompanhamento, a avaliação e o exercício da gestão do sistema de saúde em cada esfera de governo.

A **Programação Anual de Saúde (PAS):** deve conter as ações que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde: as metas anuais para cada ação definida; os indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação da Programação, e; os recursos orçamentários necessários à sua execução.

O Relatório Anual de Gestão (RAG): apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde. Refere-se ao conjunto de ações, metas e indicadores. Trata dos temas que se fizerem necessários ao Plano de Saúde e às Programações seguintes. Deve apresentar os resultados dos compromissos e responsabilidades assumidos pelo ente federado. Constitui-se no instrumento de comprovação da aplicação dos recursos repassados do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde: Processo de negociação e pactuação entre os gestores em que são definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito regional, a fim de contemplar os objetivos e metas estabelecidos no Planejamento Integrado da Saúde, bem como os fluxos de referência para sua execução. Abrange as ações de assistência à saúde, de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica, constantes da RENASES e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). A elaboração ocorre nas regiões de saúde, como atribuição das CIR, sendo necessária a harmonização e integração dos compromissos e metas regionais no âmbito do Estado, em um processo coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite.

Torna-se necessário reafirmar que o **mapa da saúde** é indispensável para um planejamento exequível integrado, que identifique as necessidades de saúde da população no âmbito das regiões de saúde. Deve conter uma boa descrição dos

recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS (próprios e privados complementares) e pela iniciativa privada, expondo a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho alcançados a partir dos indicadores de saúde do sistema (BRASIL, 2016b).

Como ferramenta de gestão, esse mapa auxilia a identificação das necessidades de saúde da população, fornecendo elementos para a tomada de decisão quanto à implementação e adequação das ações e dos serviços de saúde e ainda orienta o planejamento integrado dos entes federativos. Deve conter uma descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e das ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS, além de considerar a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho dos indicadores de saúde do sistema (BRASIL, 2015). O mapa da saúde também precisa ser monitorado pelos gestores e gestoras e acompanhado pelos Conselheiros e Conselheiras de Saúde.

Outros aspectos relevantes devem ser contemplados no mapa da saúde, a exemplo dos **fluxos de acesso, recursos financeiros, de investimentos** e c**usteio das três esferas de governo** que financiam o sistema e **a gestão do trabalho e da educação na saúde**, as quais envolvem quantidade de trabalhadores e trabalhadoras de acordo com os serviços e as diferentes redes de atenção. Ademais, outros aspectos da gestão para além dos indicadores, como os **processos de regionalização, regulação e de participação e controle social** que devem ser trabalhados objetivando satisfação dos usuários do SUS e o resultados de qualidade (BRASIL, 2016b).

AGORA É COM VOCÊ

Considerando como um desafio o exercício do controle das políticas e ações do SUS, por meio de seus mecanismos de acompanhamento, avaliação e fiscalização das ações e serviços em execução, como se dá a ação dos Conselhos no acompanhamento dos instrumentos de planejamento e de gestão do SUS?

A resposta a esse questionamento passa pela compreensão sobre o papel e a importância do Conselho de Saúde para a institucionalização do SUS. Entende-se que:

> É uma instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura organizacional do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei no 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização da saúde promoveu o surgimento de Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente. Assim, os Conselhos de Saúde são espaços instituídos de participação da comunidade nas políticas públicas e na administração da saúde. (BRASIL, 2012, n.p.).

Faz-se necessária a realização de capacitações, realizadas pelo Estado, para efetivarem suas atribuições como Conselheiros, no intuito de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e Plenárias de Conselhos de Saúde.

PARA SABER MAIS

Conheça a publicação intitulada "16ª Conferência Nacional de Saúde. Democracia e Saúde". (CNS, 2019).
Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/16_conferencia_nacional_saude_relatorio_nacional_consolidado.pdf

Um Conselho de Saúde, com conselheiras e conselheiros qualificados, lutará pela universalidade das ações com devida equidade, considerando o respeito às especificidades, com acesso para todas as classes: pobres, ricos, brancos, negros, índios, mulheres, homens, crianças, idosos, trabalhadores formais e informais, quilombolas, populações ribeirinhas e em situação de rua.

VAMOS CONTINUAR APRENDENDO COM A CONSELHEIRA VITÓRIA

Em reunião do Conselho Municipal de Saúde, um dos itens da pauta foi o relatório quadrimestral, apresentado por vários técnicos da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), com informações sobre os indicadores que revelam altas taxas de mortalidade materna, incidência de tuberculose, prevalência de hanseníase e gravidez na adolescência, bem como trataram dos atendimentos realizados, e da articulação entre as ações preventivas e curativas, interdisciplinares e intersetoriais, e melhorias na atenção à saúde.

Para alguns conselheiros se torna difícil compreender o planejamento, a programação realizada diante do que vivenciam na rede de serviços, com inúmeras demandas sem atendimento e pouca resolubilidade. Diante disso, questionaram sobre o impacto das medidas constantes no plano/programação e no relatório apresentado, demonstrando que os principais desafios estão relacionados ao complexo regulador do acesso aos leitos, a exames de alta complexidade, sistemas, e às redes de atenção — de acordo com modelo vigente — requerendo fortalecimento da Auditoria, Ouvidoria e do Controle Social, e exigindo a revisão das pactuações e do planejamento regional integrado.

A partir do que você leu sobre os princípios do planejamento no SUS, qual deveria ser o posicionamento da Conselheira Vitória de modo a contribuir com a gestão do SUS, no seu município?

Para auxiliar na resposta, resgata-se que em 2006, o Ministério da Saúde revisou todos os instrumentos de gestão do SUS e criou o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde (PlanejaSUS): a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2009, 2016b). Dentre seus objetivos, destacam-se:

Pactuar as diretrizes gerais para o processo de planejamento no âmbito do SUS;

Formular metodologias unificadas e modelos de instrumentos básicos do processo de planejamento;

Implementar e difundir a cultura de planejamento que integre e qualifique as ações do SUS entre as três esferas de governo, e subsidie a tomada de decisão por parte de seus gestores;

Promover a integração do processo de planejamento e orçamento no âmbito do SUS;

Monitorar e avaliar o processo de planejamento, das ações implementadas e dos resultados alcançados.

Para um bom planejamento, torna-se indispensável a análise de situação de saúde com base em seu mapa, o qual deve seguir às diretrizes, objetivos, metas e indicadores do Plano de Saúde, por meio dos seguintes instrumentos de planejamento: Programação Anual de Saúde, Relatório de Gestão Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior e Relatório Resumido de Execução Orçamentária, que devem ser acompanhados pelos Conselheiras e Conselheiros de Saúde. Todo cidadão e cidadã precisa buscar informações sobre o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde organizados em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

3.2 Redes de Atenção à Saúde no Brasil

A temática é complexa e, na literatura internacional, são inúmeras as definições das RAS. Para Mendes (2011, 2012, 2019), trata-se do restabelecimento da coerência entre a situação e um sistema integrado, voltado para a atenção às condições agudas e crônicas, que exigem sua implantação. As RAS, possuem inúmeras características, dentre as quais se destacam (MENDES, 2012):

Formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS);

Centralidade nas necessidades em saúde de uma população; responsabilização na atenção contínua e integral;

Cuidado multiprofissional;

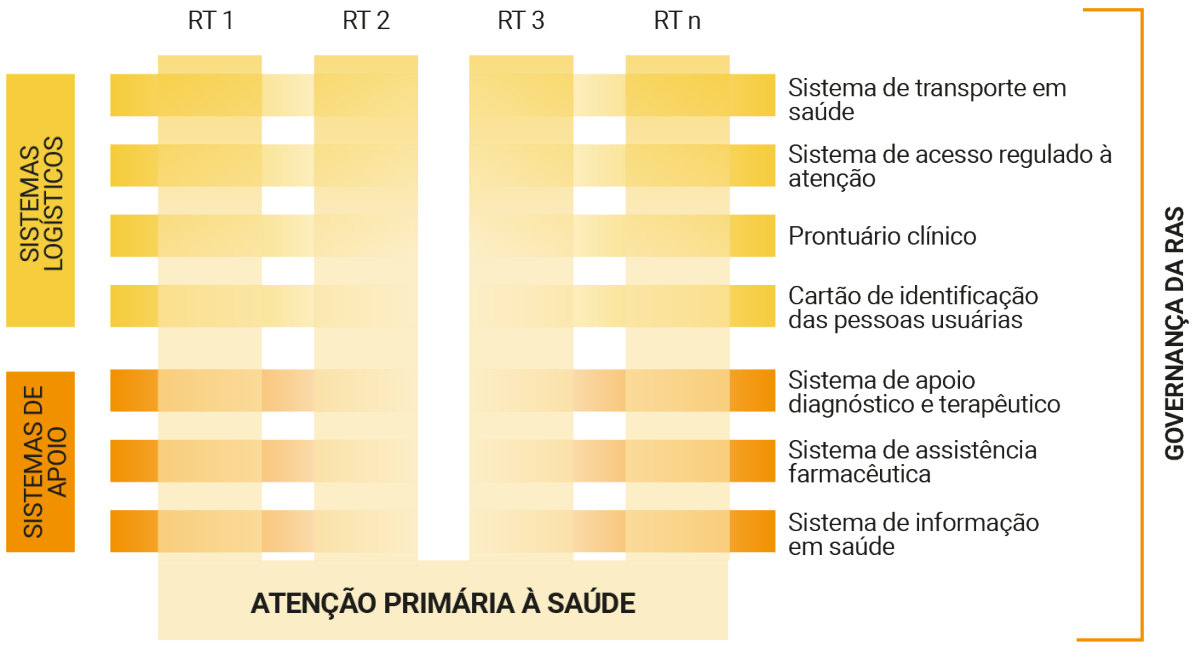
Compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos que melhoram a qualidade dos serviços, produzem melhores resultados sanitários nas condições crônicas, e serviços mais custo/efetivos, elevando a satisfação dos usuários.

São objetivos de uma RAS: melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (MENDES, 2019).

Mendes (2011) trata com detalhes os fundamentos necessários para a organização racional das RAS, como: a economia de escala, qualidade e acesso, integração horizontal e vertical, e o processo de substituição, que significa dispor das unidades de saúde, equipes e processos reorganizados para produzirem os melhores resultados sanitários e econômicos dentro dos territórios sanitários.

A Figura 3 apresenta os componentes para a estruturação operacional das RAS: a) Atenção Primária como o centro de comunicação; b) os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; c) os sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica e de informação em saúde); d) os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde), e; e) o sistema de governança.

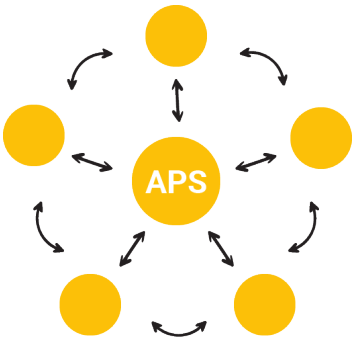
Figura 3: Princípios do planejamento governamental no SUS.



Fonte: Mendes (2011, p. 86).

Na formação e organização das RAS, a Atenção Primária é considerada um eixo principal do sistema e o núcleo organizador das redes integradas, na perspectiva da articulação e integração de um conjunto de recursos, serviços e práticas capazes de contribuir para a efetivação dos princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade (MENDES, 2011).

As RAS devem operar de forma cooperativa e interdependente, sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, ou seja, os serviços de saúde se estruturam em uma rede de pontos de atenção à saúde e se organizam de forma poliárquica, em um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário, sob coordenação da APS, com responsabilidades sanitárias e econômicas que geram valor para a sua população.



A compreensão do papel da APS para a organização e funcionamento das RAS e dos modelos de atenção é indispensável. O conceito de APS na literatura não apresenta incoerência conceitual, mas há constatação de uso equivocado e menor abrangência para alguns contextos locais (PORTELA, 2017).

Conhecer o território, realizar o processo de territorialização requer trabalho articulado e em equipe. Um passo importante que contribuirá para os diagnósticos situacionais que subsidiarão o planejamento regional para as devidas pactuações nos órgãos colegiados.

PARA SABER MAIS

Conheça a publicação de Eugênio Vilaça Mendes (2011), intitulada "**As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde".

Acesse também o vídeo "Redes de Atenção à Saúde" (TESTONI, 2016). Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=0N_9KKu15oM&t=154s

3.3 Processo de planejamento regional integrado

Como sabemos, o **território** é sempre um campo de atuação, de expressão do poder público, privado, governamental ou não-governamental e populacional. Sendo, portanto, necessário à gestão discutir e providenciar junto aos colegiados do SUS que se efetivem os princípios organizativos: a descentralização da gestão do sistema, a regionalização e hierarquização dos serviços, a participação da comunidade e o caráter complementar do setor privado, o que certamente possibilitará a criação de ambientes saudáveis, no âmbito de modelo de atenção que efetivamente promoção da saúde da população (BRASIL, 2018).

No cenário atual, ganha relevância as atribuições das Secretarias Estaduais de Saúde na condução do processo de regionalização solidária e cooperativa, com projetos de governo, capacidade de governo e a governabilidade por meio da participação ativa das Comissão Intergestoras Regionais e Bipartite; Análise da situação de saúde, dos problemas identificados no Plano Estadual de Saúde, e com estratégias definidas, como mostra a figura a seguir:

Figura 4: Atribuições das Secretarias Estaduais de Saúde.

- Organização das redes de atenção a partir da APS.
- Fortalecimento e qualificação dos serviços.
- Constituição de um sistema de regulação efetivo.

Fonte: Adaptado de Brasil (2018).

Dentre os desafios a serem superados no processo de regionalização, destacam-se: a fragmentação pela descentralização (equivocada); não utilização do Planejamento estratégico com base nas necessidades do território; necessidade de intensificar a articulação e a integração entre gestores municipais e o Estado; falta de investimentos no financiamento e regulação; reforma político-administrativa e gerencial na saúde; necessidade de equilíbrio na governança, e; gerenciamento das mudanças das organizações complexas. Tais elementos exigem gestoras e gestores capazes de apresentar estratégias, criar consensos, desenvolver a cultura organizacional e o treinamento de pessoas com foco na organização das RAS (BRASIL, 2018).

PARA SABER MAIS

Outras informações importantes sobre o processo de Regionalização e Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde poderão ser acessadas por meio dos portais:
Sala de Gestão Estratégica (SAGE)
Disponível em: sage.saude.gov.br
DigiSUS-gestor
Disponível em: digisus.saude.gov.br/gestor/#/home

A temática do Planejamento Regional Integrado (PRI) vem sendo trabalhada nas Unidades Federadas por Grupos de Trabalho compostos por técnicos indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Maranhão (COSEMS), Secretaria de Estado da Saúde e Núcleo Estadual do Ministério da Saúde, e outros parcerias. As discussões envolvem a (re)organização das macrorregiões de Saúde de cada estado, tomando por base a capacidade instalada, os recursos humanos existentes nas regiões de saúde, de acordo com os modelos de Atenção à Saúde vigente, desejados/pretendidos.

3.4 Modelos de atenção à saúde

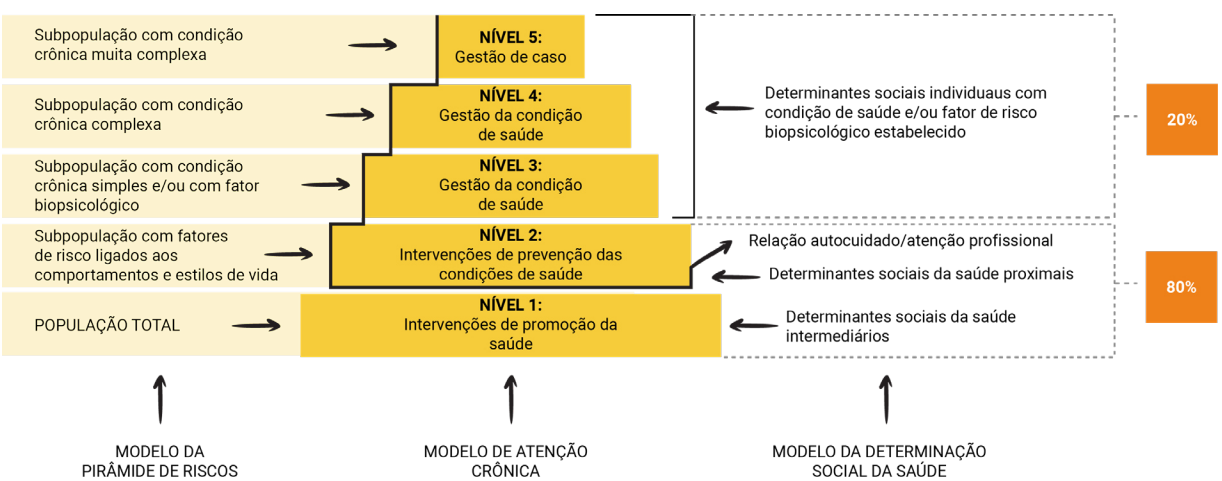
O cuidado em saúde no século XXI apresenta uma nova tipologia das “condições” de saúde, onde as doenças e condições crônicas representam 75% da carga global, e as agudas (doenças infecciosas, parasitárias, desnutrição e causas externas) representam 25% da carga de doença. A análise da carga de “doença” no Brasil, desafia os gestores a (re)estruturar e (re)organizar o sistema de saúde, numa correlação de forças em defesa do direito à saúde e do sistema de saúde (MENDES, 2012).

Cabe registrar que as condições de saúde exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção. Segundo Mendes (2012) para o cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde, torna-se imperativo a consolidação da estratégia da saúde da família.

O **Modelo de Atenção às Condições Agudas** serve para organizar a atenção às condições agudas e as agudizações das condições crônicas, e tem por objetivo identificar, no menor tempo possível, baseado em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência e/ou emergência, além de definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se como variável crítica, ou seja, o objetivo é classificar o risco e não fazer o diagnóstico (MENDES, 2012).

Existem diferentes Modelos de Atenção às Condições Crônicas, dentre os quais se destacam o Modelo de Wagner e o modelo da pirâmide de risco e Modelo proposto por Mendes e adaptado para o SUS, como mostra a Figura 5:

Figura 5: Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS.



Fonte: Mendes (2019, p. 312).

O SUS conforma o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, sendo um sistema de proteção e direito à saúde. Diante disso, você já parou para pensar em como se organizam os modelos de Saúde no Brasil e/ou no seu estado?

A resposta a esta questão remete a uma reflexão sobre o **agir em saúde**, que é um complexo de desejos, interesses e necessidades. Segundo Merhy (1999) no século XX, a construção da saúde pública foi marcada pela crescente presença da articulação entre saberes. O agir em saúde é sempre tenso e sua alma é a produção do cuidado individual e/ou coletivo. A gestão do cotidiano em saúde: as tensões constitutivas do seu agir e suas presenças no dia a dia do fabricar as práticas. Operar

sobre as tensões-potências, na possibilidade de construir na saúde novos territórios de poder.

O **agir em saúde** é "atravessado" por distintas lógicas. Existem tensões constitutivas como desafio permanente no ato de governar exigindo a definição de algumas estratégias gerenciais. Não cabe a noção de impotência, considerado trabalho vivo, com forças e processos de resistência às mudanças. As dinâmicas gerenciais no interior de um serviço de saúde revelam que o exercício por todos os trabalhadores, em sua dimensão assistencial, em espaços próprios de gestão do seu trabalho, articula-se com a presença de espaços coletivos e públicos nos quais os distintos trabalhos se encontram (MERHY,1999).

Os discursos contemporâneos sobre conceito saúde ampliam o valor social, como um direito instituído em cada sociedade, quer nos aspectos individuais ou coletivos. Nesse contexto, a saúde primária se aplica a todos e a cada um dos seres humanos, universal. A saúde secundária se refere a alguns sujeitos específicos: pertinência a um dado grupo. Enquanto a saúde terciária se encontra ligada apenas a um indivíduo, ressaltando singularidade (THEREZA; ALMEIDA FILHO, 2002).

Deve-se compreender que para o atual desafio inerente aos modelos de atenção à saúde no Brasil e no mundo, deve-se considerar a necessidade de resposta social a muitas condições de saúde — não necessariamente doenças — em diferentes fases do ciclo vital, e às condições gerais e inespecíficas, à gravidez e outras. A reforma envolve a passagem de um sistema reativo e passivo para um sistema proativo (MENDES, 2012, 2015, 2019).

A saúde é um direito do cidadão e dever do Estado: com universalidade de acesso em todos os níveis de atenção; integralidade das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos; igualdade de assistência com equidade; participação da comunidade; descentralização em direção única com ênfase na regionalização e hierarquização (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2011).

No Brasil, o Sistema de Saúde é composto por um arcabouço jurídico-institucional para garantia de acesso, visando assegurar o direito à vida. A política pública de saúde deve garantir direito de cidadania, de modo qualificado e universal.

Tem-se que conhecer mais o SUS para fazer valer os direitos dos cidadãos e cidadãs desde antes do nascimento e em todos os ciclos de vida, com um conjunto de ações e serviços de saúde gratuitos e de qualidade, seja com consultas e exames, iniciando pela porta de entrada preferencial: a Unidade de Saúde da Família (USF), mais próxima da sua residência ou local de trabalho ou estudo, seguindo o fluxo necessário de acordo com às necessidades de usuárias e usuários até a internação hospitalar — em serviços públicos e/ou conveniados ao SUS (artigos 196 e 198, II, da Constituição Federal, artigos 5º, III e 7º, II, da Lei 8.080/90) (BRASIL, 2015, 2016a).

Ademais, o SUS assegura medicamentos, fórmula láctea, preservativos, vacinas, próteses e órteses, vagas para realização de parto, realiza transplantes de diferentes tipologias, garante acompanhantes em internações hospitalares para crianças, pessoas idosas, parturientes, com atendimento às especificidades das demandas para menores de 18 anos de idade e de pessoas idosas. Conhecer os direitos e deveres requer de cada cidadão utilizar o Cartão SUS e acompanhar a aplicação dos recursos públicos, bem como monitorar a realização das ações e serviços de saúde que utiliza.

Os estabelecimentos que prestam serviços na área são considerados pontos de atenção à saúde e, a depender do porte e perfil, desenvolvem um conjunto de ações variadas: promoção; prevenção; diagnóstico; tratamento; gestão de casos; reabilitação e/ou cuidados paliativos. Mendes (2015), chama atenção para a importância de realização de uma análise das doenças e dos riscos que a população se encontra exposta.

Segundo Mendes (2011) o cuidado deve ser integrado, coordenado pela APS para atender às necessidades de saúde dos diferentes segmentos populacionais para uma prestação de serviços especializados em "lugar adequado". A coordenação e continuidade do cuidado deve sempre estar centrada no indivíduo, na família e na comunidade, levando em consideração as particularidades culturais, de gênero e diversidade da população.

A gestão do SUS é ampla. Torna-se indispensável a realização do planejamento, do monitoramento e da avaliação por parte dos gerentes dos serviços (públicos e privados conveniados), com gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico. Faz-se necessária a definição dos recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos, com incentivos ao alcance de metas e registros no sistema de informação integrado, o qual representa um dos desafios com financiamento tripartite — garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede temática (MENDES, 2019).

Destaca-se que as ações devam ser intersetoriais, com abordagem dos determinantes da equidade em saúde, assim possibilitará uma gestão baseada em resultados. Há a necessidade de qualificação da gestão e dos conselhos, da realização das conferências municipais e estadual de saúde, da formação de recursos humanos — para prepará-los, motivá-los e com vínculo empregatício estável em todo o Sistema —, lutar pelo financiamento suficiente (com a Revogação da Emenda Constitucional 95/2016), buscar por melhorias da governança interfederativa e a descentralização dos serviços de saúde.

Ademais, o sistema de governança deve ser único, devidamente estruturado com estratégias definidas e pactuadas nas regiões de saúde, com objetivos e metas a serem cumpridas a curto, médio e longo prazo, articulado entre as políticas, programas e projetos institucionais.

PARA SABER MAIS

Recomenda-se a leitura do material: "**CONASS Debate**: governança Regional das Redes de Atenção à Saúde" (BRASIL, 2016c).

VAMOS APRENDER MAIS COM A CONSELHEIRA VITÓRIA

No dia a dia a Conselheira Vitória visita as unidades de saúde do seu Distrito. **Observa, acompanha e conhece o padrão de saúde existente**, consciente que o atendimento ainda não é para todas as necessidades da população, permitindo que o direito à saúde seja desrespeitado e não garantido. Chega a presenciar um conjunto de ações individuais e outras coletivas sendo desenvolvidas, e compreende que no atendimento se deve seguir uma cadeia progressiva com diferentes abrangências: desde a promoção da saúde à prevenção de doenças, passando pelo diagnóstico, tratamento e reabilitação dos pacientes.

Vitória demonstra tristeza por acompanhar a peregrinação da população, principalmente as gestantes, pessoas idosas e com doenças crônicas, em serviços de portas fechadas e níveis hierárquicos. Conhece e é frequentadora das Unidades de Pronto Atendimento à Saúde (UPA), e sabe que a ênfase no atendimento está em ações curativas, com a oferta de serviços, consultas e exames de forma sobreposta, fragmentada, isolada, que não alcança a cura desejada, pois é muito burocratizado e sem a devida classificação e estratificação de risco, somado à dificuldade na aquisição de medicamentos.

Sente que há uma incoerência entre o que é definido nas leis, decretos, normas e portarias e o que acontece no cotidiano do SUS, que continua com predominância do atendimento às condições e doenças crônicas e de seus fatores de riscos (tabagismo, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada e outros), que poderiam ser orientados, enfrentados nas Unidades Básicas de Saúde e no autocuidado, com apoiado dos usuários e usuárias.

Vitória também é líder comunitária e tem o curso de defensora popular, o que a deixa inquieta e "brigona" quando observa que a população não está realizando consultas em especialidades básicas (clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologia, inclusive as emergências referentes a essas áreas), bem como pacientes com doença renal crônica, oncológicos, cirurgia cardiovasculares, traumato-ortopedia e neurológicos possuem maior dificuldade de marcação de consultas, exames e leitos hospitalares.

Inclusive há uma lista de pacientes da sua área de atuação que estão à espera de atendimento de maior complexidade. Fica indignada com a contínua vinda de ambulâncias de inúmeras cidades do Interior do estado com pacientes para receberem tratamento em seu município. Ela, por várias vezes, discute sobre essa temática no Conselho, e sempre afirma que é procurada por inúmeras pessoas que não conseguem marcar consultas, exames e vagas em leitos para cirurgias.

Considerando a narrativa sobre a vivência da Conselheira Vitória, como o Conselho pode contribuir para (re)organização do modelo de atenção à saúde neste município?

A (re)organização do modelo de atenção à saúde é um dos desafios do SUS, diante de inúmeros fatores que envolvem a incoerência entre uma situação de saúde pela transição demográfica, transição nutricional aceleradas e tripla carga de doença (doenças infecciosas, parasitárias, problemas de saúde reprodutiva e causas externas e doenças crônica (MENDES, 2011).

A (re)construção do modelo de saúde vigente requer articulação entre a vigilância em saúde, e a APS como ordenadora das RAS permanece como um dos desafios atuais no SUS. Percebe-se que o sistema fragmentado de saúde se encontra voltado principalmente para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas, com forte predominância relativa às doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada, dentre outros (MENDES, 2011).

O modelo de atenção às condições crônicas e em rede com a APS deve organizar o trabalho em equipes multiprofissionais interdisciplinares na atenção ambulatorial especializada, implantar um sistema de informação clínica integrado, com definição de um sistema de educação permanente, com participação dos especialistas e com um sistema de segunda opinião com outros especialistas, quando necessário (MENDES, 2012).

Evidencia-se a necessidade de discussões regionais sobre APS, o que dará visibilidade e possibilidade de efetivar as RAS, discutindo às atribuições e responsabilidades dos profissionais na Estratégia Saúde da Família/Centro de Especialidades Odontológicas/Centros de Atenção Psicossocial/Maternidades e outros pontos de atenção. Ademais, devem ser consideradas às contribuições das Comissões Intergestoras Regionais, Conselhos de Saúde para às devidas pactuações regionais e ou na Comissão Intergestora Bipartite, das diferentes redes de atenção: Materno Infantil; Crônicas; Atenção Psicossocial e das Pessoas com Deficiência.

A gestão da saúde da população envolve um conjunto de instrumentos para orientar o planejamento e a atenção à saúde de forma a obter o máximo impacto na saúde da população. Entre eles, estão as tecnologias de estratificação para identificar subpopulações em risco e para focar em intervenções que podem prevenir ou tratar as condições de saúde (MENDES, 2019).

Mendes (2019) chama atenção para as rotas disponíveis à população nos sistemas de atenção à saúde organizados com base na APS:

Rota 1 - situações em que as pessoas usuárias buscam atendimentos diretos fora da APS;

Rota 2 - os encaminhamentos como resultado da incerteza ou incapacidade do profissional da APS para levar um problema ao diagnóstico, no qual o encaminhamento é feito com o propósito de obter orientação ou confirmação de um especialista;

Rota 3 - quando um diagnóstico foi feito, mas a orientação ou a segunda opinião a respeito da terapia adequada é necessária;

Rota 4 - quando as pessoas usuárias necessitam de reavaliação e manejo continuados que os profissionais da APS são incapazes de oferecer;

Rota 5 a 9 - representam o retorno das pessoas usuárias dos especialistas para a APS;

Rota 10 a 11 - as pessoas usuárias são encaminhadas de um especialista para outros, sem (rota 10) ou com (rota 11) o conhecimento dos profissionais de APS.

Para o êxito da coordenação da atenção à saúde, torna-se necessário a organização do acesso com foco na pessoa usuária, e que seja desenvolvido com a utilização de protocolos de atualizados que expressem o processo de regulação desse acesso, com fluxos e processos operacionais bem definidos, de forma equitativa, transparente e segura, com implementação de uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso.

Mendes (2019) trata da importância da definição de fluxo normalizado da atenção às condições crônicas não agudizadas na atenção primária à saúde. Apresenta o **Modelo do Ponto de Atenção Secundária Ambulatorial** (PASA), que envolve um conjunto de fundamentos — como o princípio da suficiência, a complementaridade entre Atenção Primária e Atenção Ambulatorial Especializada, a estratificação de riscos das condições crônicas não agudizadas — que contribuem para mudanças significativas que transpõem a dimensão técnica e atingem as dimensões política, ideológica e econômica. O modelo PASA tem sido implantado no SUS por meio do Projeto da Planificação da Atenção à Saúde desenvolvido pelo CONASS em colaboração com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Projeto estratégico focado na tríade estrutura, processos e resultados.

PARA SABER MAIS

Sugere-se a leitura atenta ao material: "Planificação da atenção primária à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde (CONASS, 2018a).
Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-31/ .

3.5 Processo de construção social da Atenção Primária à Saúde no Brasil

O tema da APS apresenta abordagens consistentes e capazes de identificar os serviços de saúde que operam em sintonia com a APS, além de mensurar seus atributos essenciais. Starfield (2002) trata da concepção e organização da Atenção Primária a partir de atributos essenciais (primeiro contato, abrangência/integralidade, longitudinalidade/vínculo e coordenação) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural), e apresenta as diferenças entre a atenção convencional e a primária, como mostra a Figura 6:

Figura 6: Da atenção médica primária à Atenção Primária à Saúde.

Convencional	Atenção Primária
Enfoque	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, atenção e cura
Conteúdo	
Tratamento	Promoção da saúde
Atenção por episódio	Atenção continuada
Problemas específicos	Atenção abrangente
Organização	
Especialistas	Clínicos Gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
Responsabilidade	
Apenas setor de saúde	Colaboração inter-setorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

Fonte: Starfield (2002, p. 33).

A compreensão das diferenças entre a atenção convencional e a atenção primária requer uma análise dos variados aspectos de enfoque, conteúdo, organização e das responsabilidades. Na primária ela é continuada, abrangente, com ação multiprofissional e colaboração intersetorial, envolvendo a participação da comunidade e explícita corresponsabilidade dos membros da equipe.

A Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que revogou a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do

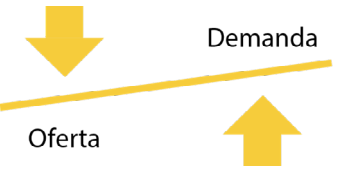
SUS. Considera a APS como a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, haja vista que:

> Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017a).

PARA SABER MAIS

No tocante ao financiamento específico na APS, sugere-se a leitura da Portaria de Consolidação nº 6 (BRASIL, 2017g). Ressalta-se que se encontra em vigor o Programa Previne Brasil, regulamentado pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (BRASIL, 2019).

A APS não é simples, pois envolve um amplo espectro de problemas, motivos de consulta ou condições de saúde, com demandas de natureza complexa e quantitativamente amplas, concentrada em mulheres, crianças, adultos e pessoas idosas, enfrentando uma crise no plano micro da clínica. Contudo, tem alta capacidade de resolução dos problemas (MENDES, 2015).



É necessário compreender os diferentes perfis na APS para a identificação do desequilíbrio entre as estruturas de demanda e oferta, almejando o ajuste entre suas estruturas nesse nível de atenção ao analisar as dimensões (capacidade de aproximação, aceitabilidade, disponibilidade, capacidade de pagamento e capacidade de apropriação) e as barreiras ao acesso aos serviços de saúde, levando ao equilíbrio que resultará no processo da construção social da APS.

Os tipos de atendimentos na APS, são variados, distribuem-se entre a **demanda não programada** e a **demanda programada**, com concentração de atendimento nas condições crônicas, em enfermidades, variações sazonais e temporais, num grupo de pessoas hiper utilizadoras, cuidados preventivos, demanda administrativa, atenção domiciliar e outras.

As intervenções na estrutura, nos macros e microprocessos básicos da APS devem ser observados para alcance de uma atenção de qualidade. A Figura 7 apresenta os macroprocessos da APS: eventos agudos; da atenção às condições crônicas não agudizadas às pessoas hiper utilizadoras e às enfermidades; atenção preventiva; demandas administrativas, atenção domiciliar e do autocuidado apoiado.

Figura 7: Macroprocessos básicos da Atenção Primária à Saúde.

Fonte: Mendes (2019, p. 486).

Tratar da temática da APS é muito abrangente e de alta relevância social. A OPAS/OMS considera que o modelo de atenção implementado nela se mostra fundamental na indução do sistema de saúde rumo ao acesso à saúde universal. Em seus posicionamentos, a organização a coloca como parte integrante do desenvolvimento de sistemas de saúde, sendo a melhor abordagem para produzir ações sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas. O que foi reafirmado em 2018, na Conferência Global sobre APS com Declaração de Astana que tratou dos 40 anos da

4 Observação da autora

Silvia Cristina Viana Silva Lima

Nunca é demais relembrarmos a reafirmação de que a saúde é um direito humano fundamental, a mais importante meta social mundial a ser alcançada, que contribui para a obtenção do mais alto nível possível de saúde, o que requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além da saúde, estabelecido desde a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, de 1978 em Alma Ata.

No Relatório **"30 anos de SUS - Que SUS para 2030?"**, elaborado pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde no Brasil, em 2018, constam os desafios e recomendações (OPAS, 2018):

- Universalidade: cláusula pétrea irrenunciável;
- Recursos Humanos para o SUS: questão central, mas ainda sem solução;
- SUS com acesso universal, sem barreiras financeiras;
- Um novo pacto federativo para uma atenção integrada, coordenada, eficiente e de qualidade;
- Participação social no SUS: ideia forte que precisa ser aprimorada;
- Diálogo social como estratégia para transformar o SUS sem abrir mão do direito à saúde.

Diferentes aspectos desse Relatório merecem nossa atenção, e em especial o item referente a força da APS: estratégia central para a sustentabilidade do SUS. A afirmação sobre o financiamento é preocupante, e exige maior mobilização e entendimento diante da complexidade.

> Uma redução ainda maior dos recursos no setor saúde, além de ter um impacto negativo sobre as condições de saúde da população, pode representar um problema ainda maior para o SUS, que acabará sendo progressivamente reduzido, ao ponto de contrariar os princípios constitucionais de universalidade e integralidade que tornaram o SUS um exemplo para a região das Américas. (OPAS, 2018, p. 21).

A APS é estruturada como primeiro nível de atenção e uma das portas de entrada do sistema (PREFERENCIAL). Constituída de equipe multidisciplinar, deve atender a uma população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde.
A importância da APS na organização da atenção ambulatorial especializada depende da estratificação de risco da população usuária das redes de atenção à saúde, devendo ocorrer uma mudança fundamental na gestão em redes e na oferta com base populacional, da qual se espera a coordenação das redes de atenção à saúde (MENDES, (2011, 2015).

O direito à Saúde requer a ampliação da oferta e o acesso a serviços de atenção especializada (cardiologia, neurologia, ortopedia, dentre outros.); a atenção hospitalar de forma descentralizada e regionalizada; acesso da população a medicamentos e qualificação da assistência farmacêutica; fortalecimento da Rede de Laboratórios; regulação de exames e de leitos hospitalares, tudo com foco na regionalização planejada e integrada.

A nova forma de organizar a **Atenção Ambulatorial Especializada** (AAE) se dará por meio de um modelo de atenção às condições crônicas, com a elaboração de linhas-guia e protocolos clínicos baseados em evidências e mudança do produto da atenção, da consulta e dos exames para o plano de cuidado interdisciplinar, com a estratificação dos riscos dos portadores de condições crônicas e com a capacitação dos profissionais da atenção primária à saúde para a estratificação de riscos e o manejo dos diferentes estratos de risco (MENDES, 2012).

Para uma APS forte é necessário o financiamento adequado, modelos organizacionais inovadores e novas tecnologias. Percebe-se um significativo distanciamento entre o direito vigente na lei e o direito vivido na prática por milhões de pessoas, visto que os serviços devem estar preparados para trabalharem com as “diversidades”, com as “singularidades”, em uma atenção integral e equitativa. Ainda há muito a fazer para tornar o SUS universal e público, bem como para assegurar padrões elevados de qualidade.

VAMOS CONTINUAR APRENDENDO COM A CONSELHEIRA VITÓRIA

Por conhecer e defender a “Carta dos direitos e deveres dos usurários (as) do SUS”, Vitória, luta pelo direito ao tratamento adequado e efetivo, resolutivo, de qualidade, com condições de trabalho adequadas para os profissionais de saúde, com informações sobre seu estado de saúde, registro nos prontuários e nos sistemas de informações. Ela comunica irregularidades na oferta de produtos e serviços que afetem a saúde, na direção das unidades, nas reuniões do conselho, nas audiências que participa...ela quer o respeito e o cumprimento da carta, o cumprimento da legislações do sistema de saúde para beneficiar a população, de acordo com a necessidade de cada pessoa, que deve ter um conjuntos de serviços de saúde, que permita uma atenção contínua, a partir e coordenada pelos profissionais da atenção básica, prestada em tempo e lugares certos, com

o custo certo e a qualidade certa. Tudo isso poderá sim acontecer para tanto há necessidade do compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados, pelos entes federados, numa cogestão responsável e pactuada, com ações serviços custo/efetivos, e em redes de atenção, o que certamente aumentará a satisfação dos usuários (as) do SUS.

A Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), é um documento orientador nacional para todos os serviços de Atenção Primária, publicada em 2020, produzida pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, em parceria com Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), da Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade (ABEFACO), da Associação Brasileira de Odontologia (ABO), organizado nas temática "Vigilância em Saúde", "Atenção e Cuidados Centrados na Saúde do Adulto e do Idoso", "Atenção e Cuidados Centrados na Saúde da Criança e do Adolescente", "Procedimentos na APS" e "Atenção e Cuidados Relacionados à Saúde Bucal", deve ser de conhecimento público, cabendo a cada gestor(a) municipal analisar às demandas do território e ofertas das unidades de saúde visando adotar medidas necessárias para ampliar o acesso e a resolutividade das equipes e serviços.

LEITURA COMPLEMENTAR

Conheça a "Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS)" (BRASIL, 2020).
Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf

Conheça importantes sítios relacionados ao Sistema Único de Saúde:

PARA SABER MAIS

a) Senado: www.senado.gov.br/
b) Corregedoria Geral da União - https://www.gov.br/cgu/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/orientacoes-aos-gestores
c) Tesouro Nacional – https://www.gov.br/tesouronacional/
d) Transparência Brasil – http://www.portaltransparencia.gov.br/
e) Tribunais de Contas – União - https://portal.tcu.gov.br/contas/contas-publicas/

f) Tribunal de contas do Estado do MA – https://site.tce.ma.gov.br/
g) Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS - https://www.conass.org.br/
h) Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS - https://www.conasems.org.br/
i) Minstério da Saúde - https://www.gov.br/saude/
j) Fundo Nacional de Saúde - https://portalfns.saude.gov.br/
k) Área de Informação e Informática do SUS – http://www.datasus.gov.br
l) Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS http://siops.datasus.gov.br
m) Disque Saúde - 0800 61 1997 e fone: 136
n) Ouvidoria geral do SUS http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ouvidoria_geral_espaco_sus_cidadania.pdf
o) Ouvidoria do Maranhão - https://www.saude.ma.gov.br/ouvidoria/ e Fone: 160

5 Participação dos discentes na dinâmica da disciplina

Neste capítulo serão expostas as contribuições dos discentes do módulo Construção social das políticas de saúde no Brasil, ofertado na Especialização em Saúde Coletiva com ênfase no Trabalho Interprofissional em Saúde pelo Departamento de Saúde Pública (DSP) da Universidade Federal do Maranhão, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), no âmbito da Rede Brasileira de Escolas de Saúde Pública (REDESCOLA).

Em grupos, eles sintetizaram abordagens sobre a Legislação do SUS e o controle social juntos aos instrumentos de planejamento, a rede de atenção à saúde e o papel do estado na regionalização e os modelos de atenção à saúde diante do processo de construção social da Atenção Primária. Esses textos ajudam a verificar resultados de aprendizagem alcançados ao longo do módulo.

5.1 Uma abordagem sobre a Legislação do SUS e o controle social juntos aos instrumentos de planejamento

Discentes Grupo 01: Ananda Macau, Andressa Ferreira, Deborah Santos, Maura Silva, Miguel Filho, Nathalia Araújo e Natália Santos.

SÍNTESE DO TEMA:

No que diz respeito à trajetória histórica da saúde no Brasil, destacamos a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), cujo lema era "Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado", que "delineou os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS), com base no desenvolvimento de várias estratégias que permitiram a coordenação, a integração e a transferência de recursos entre as instituições de saúde federais, estaduais e municipais" (PAIM, 2011).

Com a Constituição Federal de 1988, efetivou-se o processo de criação do SUS, sendo consolidado e regulamentado com as Leis Orgânicas da Saúde (LOA) n° 8080/90 e n° 8.142/90, com a finalidade de estabelecer as diretrizes e as normas que direcionam o novo sistema de saúde, os aspectos relacionados a sua organização e ao seu funcionamento, bem como os critérios de repasses para os estados e municípios, além de disciplinar o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) em conformidade com as representações dos critérios estaduais e municipais de saúde (FINKELMAN, 2002; FARIA, 2003; SOUZA, 2003).

A lei nº 8.142/90, em seu Art. 1º § 1°, define as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo como instâncias colegiadas. Estabelece ainda que as Conferências de Saúde devem ter representação dos vários segmentos sociais, a fim de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo

Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

A participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do SUS, destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e de controle das políticas públicas de saúde.

O SUS reitera o exercício do controle social sob as práticas de saúde e evidencia a possibilidade de seu exercício através de outros espaços institucionalizados em seu arcabouço jurídico, além dos reconhecidos pela Lei Orgânica de Saúde n° 8.142/90, como os Conselhos e as Conferências de Saúde. Destacam-se, ainda, as audiências públicas e outros mecanismos de audiência da sociedade, de usuários e de trabalhadores sociais (CONASS, 2003; BARBOSA, 2009; COSSETIN, 2010).

A Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080/1990 estabelece, em seu art. 12, a criação de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de articular as políticas públicas relevantes para a saúde. Entretanto, é a Lei n.º 8.142/1990 que dispõe sobre a participação social no SUS, definindo que a participação popular estará incluída em todas as esferas de gestão do SUS. Legitimando, assim, os interesses da população no exercício do controle social (BRASIL, 2009).

As decisões sobre as ações na saúde deverão ser negociadas com os representantes da sociedade, uma vez que eles conhecem a realidade da saúde das comunidades. O controle social apresenta-se como um ciclo constante, marcado por ações prévias, a partir da participação nas audiências abertas e em reuniões de planejamento das políticas e do orçamento público, concomitantes, por meio do acompanhamento, da fiscalização e da denúncia durante a execução dos programas e dos gastos governamentais. Por fim, as ações posteriores, quando se realiza a avaliação dos resultados, do desempenho e da eficiência da gestão de determinado agente.

Sugestão de vídeos:

• https://www.youtube.com/watch?v=Av6lGVElqds
• https://www.youtube.com/embed/Qc-rbT0goBE
• História da saúde pública no Brasil - Um século de luta pelo direito a saúde: www.youtube.com/watch?v=-gSIBFcnCIs
• O controle social junto aos instrumentos de planejamento do SUS: https://www.youtube.com/watch?v=sC8wzo_EHhU

5.2 Uma abordagem sobre a rede de atenção à saúde e o papel do estado na regionalização

Discentes Grupo 02: Andrezza Brito, Carla Rodrigues, Daynara Raielle, Dilza Neri, Illa Fernanda Castro, Jéssica Rodrigues, Luciana Tomich, Rayssa Barbosa, Roseana Correa e Thatiana Furtado.

SÍNTESE DO TEMA:

No Brasil, a atenção primária demanda organização dos serviços e práticas profissionais em todos os níveis. Desse modo, o planejamento das ações e a programação dos serviços devem se pautar nas necessidades da população. A atenção primária é uma das principais responsáveis por sinalizar as precisões e as melhorias de serviços de saúde aos demais pontos de atenção da rede. Com a mudança da situação brasileira, caracterizada por uma transição demográfica acelerada e expressa no aumento de doenças infecciosas, da desnutrição e de doenças crônicas, além de outros fatores como a violência, faz-se necessária uma nova forma de reorganização da rede de serviços, organizada a partir da gestão e oferta destes serviços.

As redes de saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, buscando garantir a integralidade do cuidado por meio de sistemas de apoio técnico, de logística e de gestão. Para isso, é preciso que haja uma comunicação efetiva entre os pontos de atenção. Instrumentos, como a Portaria nº 4279/10 e o Decreto nº 7508/2011, estabelecem as diretrizes organizacionais da rede e definem os principais conceitos, dentre eles, o de regiões de saúde.

Pode-se dizer que uma Região de Saúde faz associação entre um espaço geográfico característico e a integração da organização, do planejamento e da execução de ações e de serviços de saúde para determinada população, tendo como requisito mínimo, ofertas de assistência na atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial e hospitalar especializada e vigilância em saúde. A regionalização pode interferir positivamente no acesso à saúde, pois permite observar os determinantes sociais de saúde no modo como estes se expressam no território, além de estabelecer portas de entrada e hierarquia tecnológica com base em parâmetros de necessidade e de utilização dos recursos sociais e políticos que incentivem o compartilhamento de responsabilidades entre os governos e a participação da sociedade nesse processo, entre muitos outros benefícios.

O Estado possui a capacidade de gerar consensos sobre a divisão de responsabilidades gestoras e de desenhos regionais adotados. Também é o responsável pelo planejamento, elaboração, implantação, monitoramento e avaliação do plano Diretor na coordenação das políticas públicas das redes de atenção, além de ser cofinanciador, articulador das redes, mediador de conflito. No financiamento, o Estado é responsável pela alocação regional de recursos próprios segundo critério redistributivo e direcionamento dos investimentos.

Alguns aspectos a serem considerados quanto ao papel do Estado: fortalecer o papel da Comissão Intergestores Regional (CIR) no processo de governança da Redes de Atenção à Saúde (RAS); assegurar a institucionalidade da CIR como o espaço de tomada de decisão e definição; desenvolver ações estratégicas no âmbito da região de saúde, como por exemplo, fortalecimento das macrorregiões (Portaria nº 4.279/10); incentivar o papel coordenador na organização das CIR; e, assegurar as condições de organização dos COSEMS para sua participação efetiva na CIR.

Em um exemplo contextualizado, o Maranhão passou por uma recente atualização da Resolução CIB/MA nº 44/2011, sendo substituída pela de nº 64/2018, de 25 de maio de 2018, com 19 regiões de saúde e 3 Macrorregiões (Macro Norte, Sul e Leste). Em situação de pandemia, observou-se a importância da regionalização e da descentralização da assistência e dos atendimentos resolutivos, com o objetivo de impedir o agravamento do estado de saúde do usuário SUS. Para uma determinada população adscrita ter o acesso facilitado aos serviços de saúde, as RAS deveriam se comunicar com a Atenção Primária à Saúde (APS), adaptar seus fluxos e priorizar o que de fato requer urgência, além disso, empenhar na longitudinalidade do cuidado.

Diante do exposto, conclui-se que a atribuição da governança das RAS e das instâncias colegiadas do SUS tem extrema influência e colaboração no processo e prática de regionalização, exercendo um papel de representatividade das necessidades de saúde do usuário.

Legislações básicas:

Art. 198 da CF/88:

"As ações e os serviços públicos de saúde integram uma **rede regionalizada e hierarquizada** e constituem um sistema único organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.";

Lei nº 8.080, 1990:

Art. 7º, inciso II: "(...) integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos, curativos, individuais e coletivos.";

Lei nº 8.142, 1990 - Art. 6:

Decreta a descentralização dos serviços de saúde para os municípios e a regionalização da rede de serviços assistenciais, com a cooperação técnica da União, tendo em vista o direito de acesso da população aos serviços de saúde, à integralidade da assistência e à igualdade do atendimento;

Portaria nº 4.279 de 30/12/2010:

Estabelece diretrizes para organização da RAS no âmbito da SUS;

Decreto nº 7.508 de 28/06/2011 - Capítulo I, das Disposições preliminares, VI-Rede de Atenção à Saúde:

- Rede de Atenção à Saúde: Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

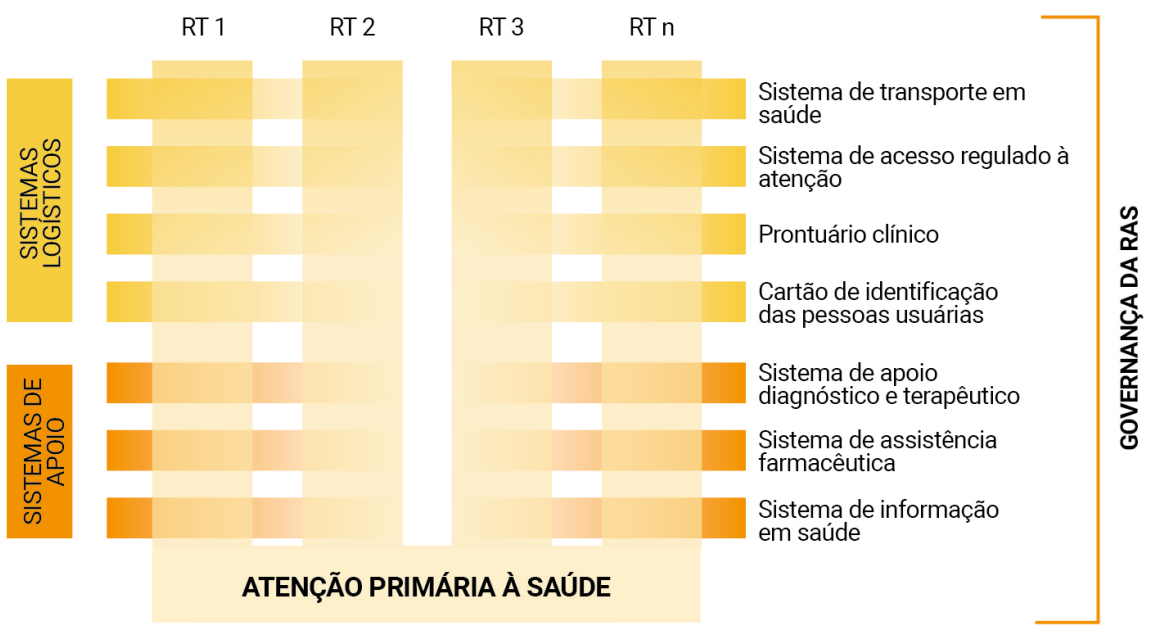
Recomenda-se a leitura criteriosa das características diferenciais dos sistemas fragmentados e das RAS (MENDES, 2019, p.168 – 171).

Tabela 1

Característica	Sistema Fragmentado	Rede de Atenção à Saúde
Conhecimento de ações clínicas	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos	Partilhadas por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias
Tecnologia de informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das RAS	Integrada a partir de cartão de identidade das pesssoas usuárias e de prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes das RAS
Organização territorial	Territórios político-administrativos definidos por uma lógica política	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados	Financiamento baseado em valor e voltado para toda a RAS
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede

Fonte: Mendes (2019). p.171.

Gráfico 1



Fonte: Mendes (2019). p.178.

Sugestão de vídeos:

Redes de Atenção à Saúde: https://www.youtube.com/watch?v=0N_9KKu15oM&t=154s

5.3 Uma abordagem sobre os modelos de atenção à saúde: o processo de construção social da Atenção Primária

Discentes Grupo 03: Flávio Evangelista, Flávio Lobato, Hernandya, Illanajara Guimarães, Illana Moraes, Klecia Silva, Lidiane Coqueiro, Luís Saulo, Nathalia de Souza, Sallete Carvalho e Valentina Ferreira.

SÍNTESE DO TEMA:

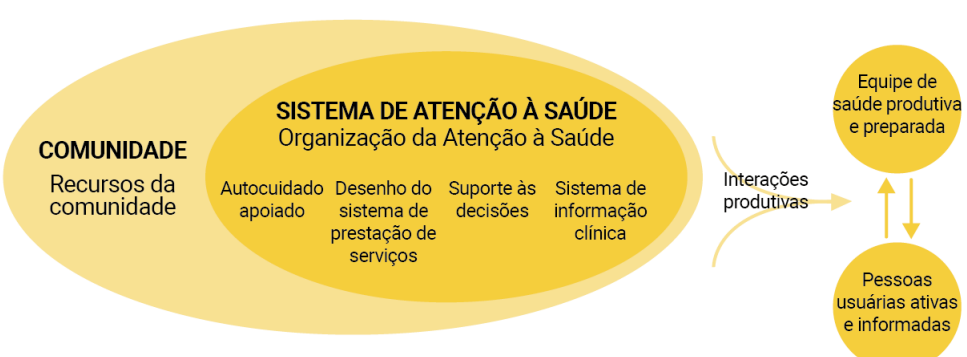
Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em razão da visão prevalecente da saúde e das situações demográfica e epidemiológica. Os modelos de atenção à saúde são diferenciados por modelos de atenção aos eventos agudos e às condições crônicas.

Os eventos agudos são manifestações de ordem objetiva ou subjetiva de uma condição de saúde. Eles se apresentam, em geral, por eventos agudos ou agudizações de condições crônicas e devem ser organizados por níveis de atenção (primário, secundário e terciário) e classificação de risco.

Já os modelos de atenção às condições crônicas são muito mais complexos e possuem curso mais ou menos longo ou até permanente. Estes devem ser manejados de forma proativa, contínua e integrada pelo sistema de atenção, pelos profissionais de saúde e pelo controle efetivo dos usuários. Certas condições crônicas podem apresentar momentos de agudização e, nesses casos, devem ser enfrentadas na lógica dos modelos agudos.

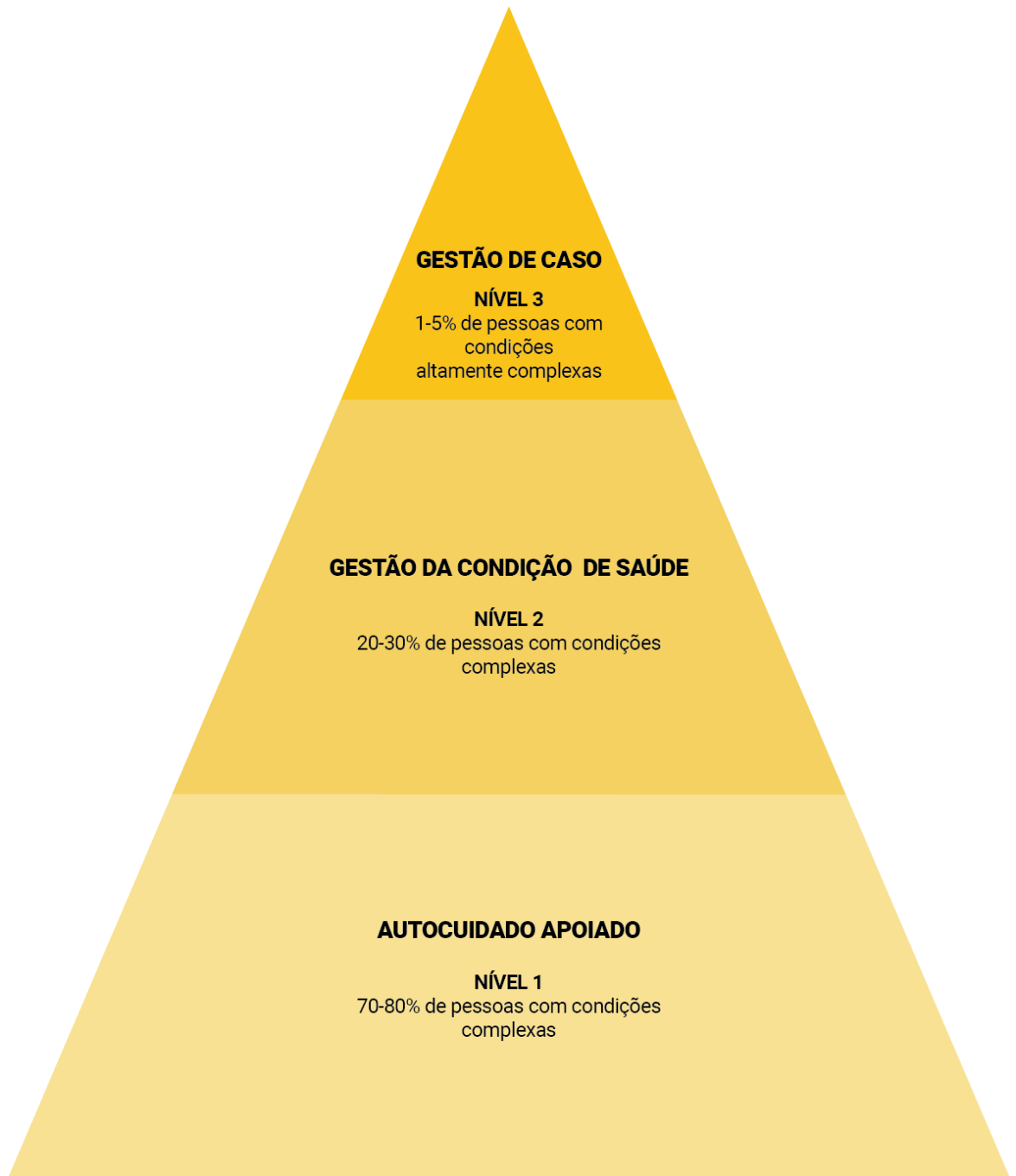
MODELOS DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS:

Figura1: Modelo de Atenção Crônica.



Fonte: Mendes (2019, p.302).

Figura 2



Fonte: Mendes (2019, p.307).

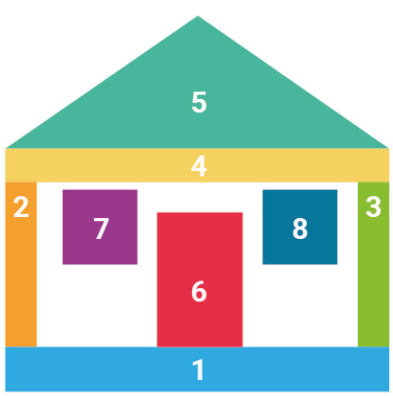
MODELO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE.

Figura 3: O Modelo de Dahlgren e Whitehead.

Fonte: Mendes (2019, p.311).

CONSTRUÇÃO SOCIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA:

Figura 4: A metáfora da casa na construção social da atenção primária à saúde.



1	Macroprocessos e Microprocessos Básicos da Atenção Primária à Saúde
2	Macroprocessos de Atenção aos Eventos Agudos
3	Macroprocessos de Atenção às Condições Crônicas não agudizadas, Enfermidades e Pessoas Hiperutilizadoras
4	Macroprocessos de Atenção Preventiva
5	Macroprocessos de Demandas Administrativas
6	Macroprocessos de Atenção Domiciliar
7	Macroprocessos de Autocuidado Apoiado
8	Macroprocessos de Cuidados Paliativos

Fonte: Mendes (2019, p.486).

6 Relatos dos convidados externos, discentes e docentes do módulo Construção Social das Políticas Públicas: novembro de 2020

Neste capítulo, são compartilhados relatos dos convidados externos, discentes e docentes do módulo Construção Social das Políticas Públicas, coletados em novembro de 2020. Por meio deles, é possível compreender de que forma o trabalho de formação no módulo foi percebido pelos participantes e como os conhecimentos compartilhados nesse processo de formação foram relevantes para o entendimento sobre o tema abordado.

6.1 Relatos dos convidados externos

Algumas considerações sobre o SUS na ocasião da participação à apresentação de Trabalhos de Grupos – UFMA – Curso de pós-graduação de Enfermagem.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma conquista da sociedade brasileira que, durante décadas, lutou para sua efetivação como política pública, universal, integral e com devido controle social. Nos últimos anos, esta política vem sendo agredida por parte de forças econômicas e empresas de capital privado, que veem, nesta atividade, uma fonte de lucro quase que inesgotável. Soma-se à tendência ocidental neoliberal de privatização dos serviços antes considerados desinteressantes, mas, desde o final do século passado, muito promissores para sua expansão lucrativa. Esforços são empreendidos para que seja o Acordo Geral sobre o Comércio de Serviços (GATS General Agreemention Trade in Services -1995[1]) da Organização Mundial do Comércio (OMC). Há pressões empresariais internacionais para que serviços públicos, entre eles, os de saúde, de educação e de previdência, sejam abertos para a concorrência internacional, garantindo assim o acesso a um "mercado" que se apresenta como lucrativo para o capital internacional.

Neste contexto, o curso de Pós-graduação em Enfermagem da UFMA, que discute a importância dos serviços de saúde como política pública, é de extrema importância. Os professores Sílvia Viana e Jamesson Júnior e demais docentes merecem todo respeito e apoio pela iniciativa de discutir, com seus alunos, a política pública de saúde no Brasil, abrangendo sua legislação, sua estruturação em redes, seus modelos e sua construção social.

Participar deste debate, no momento da apresentação dos projetos de trabalhos em grupo nos dias 27 e 28 de novembro de 2020 de forma remota, foi um privilégio e uma rica aprendizagem. Fortalecer a ideia, no meio dos profissionais, é imprescindível para o bom êxito do SUS. Nunca podemos esquecer as importantes

[1] https://ccgi.fgv.br/sites/ccgi.fgv.br/files/file/Publicacoes/14%20Acordo%20Geral%20sobre%20o%20Com%C3%A9rcio%20de%20Servi%C3%A7os%20%28GATS%29.pdf (Acesso em 2020/12/07).

contribuições, na década de 1970, dos profissionais sanitaristas na concepção e na propositura à sociedade das principais ideias do SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE, organizando simpósios, encontros e estudos, que, junto com o Movimento Popular de Saúde (MOPS), articularam-se para uma participação efetiva na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986.

Nem sempre estes antecedentes são bem conhecidos. Por isso, sempre vale lembrar que o SUS, como sistema público, não foi uma dádiva de algum político bem-intencionado, e sim uma conquista da sociedade brasileira que, após anos de luta e de conflitos, conseguiu materializar a ideia na Constituição Federal do Brasil (CFB) - Constituição Cidadã - de 1988.

No Estado do Maranhão, em março de 1986, foi realizada, em São Luís, a Pré-Conferência Estadual de Saúde em preparação para VIII Conferência Nacional, promovida pelo Sindicato dos Médicos e pela Associação de Saúde da Periferia do Maranhão e presidida pelo dr. Rafael da Silva. A Secretaria Estadual de Saúde foi solicitada para participar, porém foram mínimas as suas contribuições. Uma delegação maranhense, composta de 50 pessoas, seguiu para Brasília alguns dias depois do encerramento da Pré-Conferência, levando um relatório de suas propostas, várias delas incorporadas nos anais da Conferência Nacional[2].

O Maranhão não esperou a proclamação da Constituição Federal em outubro de 1988, nem a promulgação das Leis Orgânicas de Saúde nº 8080/1990 e nº 8142/1990, para fazer as suas primeiras experiências. Já em 1987, impulsionado pelo Secretário de Estado da Saúde (SES)– o médico dr. Jackson Kepler Lago no Governo de Epitácio Cafeteira – foi criado o Conselho Estadual da Reforma Sanitária (CERES), com participação da sociedade civil organizada[3]. O CERES funcionou poucos meses, de abril até agosto de 1987. Ao sair da SES para candidatar-se a prefeito de São Luís, o sucessor de Jackson Lago não deu continuidade à experiência. Faltando arcabouço legal normatizante, o novo secretário não se sentiu na obrigação de escutar a sociedade civil nem os trabalhadores de saúde e as organizações para a gestão da saúde pública.

O Sistema, no entanto, veio se consolidar, especialmente após a promulgação do Decreto-Lei nº 94.657[4] que cria o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS). Nele, estava prevista a criação das Comissões Interinstitucionais Locais, Municipais, Regionais, Estaduais e Nacional de Saúde (CLIS, CIMS, CRIS, CIS)[5], porém estas não previam a participação da Sociedade Civil e dos Usuários do Sistema. E, por isso, as Leis Orgânicas da Saúde deram direções claras para a estruturação do Sistema. Destaca-se a compreensão ampliada do conceito de saúde, ultrapassando sua conotação meramente curativa e articulando a saúde com aspectos essenciais da

[2] O relatório da Pré-Conferência Estadual de Saúde em preparação à VIIIª Conferência Nacional está disponível a pedido: Jean Marie Van Damme, asp.ma@terra.com.br.
[3] O livro de Atas e outros documentos desta experiência se encontram nos arquivos de Jean Marie Van Damme, abertos para consulta mediante solicitação.
[4] https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94657-20-julho-1987-445419-publicacaooriginal-1-pe.html (Acesso em 2020/12/07).
[5] https://core.ac.uk/download/pdf/37703654.pdf.

vida humana como moradia, renda, alimentação, transporte, lazer e outros.

Aspecto importante a ressaltar é a amplitude do Artigo 1º da Constituição brasileira, que não apenas coloca a origem de todo o poder nas mãos do povo brasileiro, mas abre espaços para o exercício direto deste poder, conforme especificado nos demais artigos da Carta Magna: "Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição."

A construção do SUS, pós-CFB, passou por um processo constante de aprimoramento. O professor Jamesson, na ocasião, lembrou a elaboração das Notas Técnicas (NOBs e NOAS). A implantação do Sistema não aconteceu sem conflitos, um deles foram as constantes tensões entre Conselhos de Saúde e Comissões de Pactuação (CIB – Comissão Intergestores Bipartites nos Estados e CIT – Comissão Intergestores Tripartites em nível nacional). Embora os Conselhos se constituíssem em fóruns deliberativos, as Comissões terem caráter de pactuação e estas serem submetidas à aprovação dos Conselhos, na prática, os gestores continuam tomando suas decisões sem apresentá-las aos Conselhos. O conflito perdura até o presente momento.

Um importante acontecimento para a consolidação do controle social – ou como formula a CFB "participação da comunidade" (CFB 198 III) – foi a promulgação da Emenda Constitucional 29 de 13/09/2000, na qual é citado explicitamente o Conselho de Saúde como instância de controle sobre a política pública de saúde[6]. Precisam ser mencionadas ainda as Leis nº 101/2000 e nº 141/2012 como instrumentos fundamentais para o exercício do controle da sociedade sobre a política de saúde. A Lei nº 101/2000 – conhecida como a Lei de Responsabilidade Fiscal –, nos seus artigos 48 e 49 especificamente, obrigam os gestores públicos a submeter os planos de políticas públicas e os resultados de sua execução – inclusive nos aspectos econômico-financeiros – em audiências públicas para a participação da comunidade na sua elaboração e apreciação. A Lei nº 141 vincula a participação da sociedade e, portanto, também dos Conselhos na fiscalização da política de saúde.

Quanto à implementação da política da saúde, há pressões para que sejam ampliados espaços de participação da iniciativa privada nos serviços de saúde. A Constituição Federal já permite a participação do setor privado. O Artigo 199 reza: "A assistência à saúde é livre à iniciativa privada". No entanto, nem sempre é levado em consideração o primeiro parágrafo deste mesmo artigo, no qual se afirma que a participação no SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE deve ser complementar: "§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.". O que se assiste na atualidade é uma tendência, não de complementação nos

[6] http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm EC 29 – Artigo 7º - "§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal."

serviços, os quais o Estado ainda não conseguiu garantir na sua totalidade, mas uma verdadeira tendência de substituição de serviços públicos, deliberadamente sucateados e subfinanciados.

Recentemente, tanto o Conselho Municipal de Saúde (CMS-SLZ) – através da Lei Municipal nº 6.020/2015 – quanto o Conselho Estadual de Saúde (CES-MA) – mediante a Lei Estadual nº 11.034/2019 – passaram a ser reformulados. Os dois Conselhos têm suas reuniões mensais abertas à participação da comunidade com direito à voz e à inclusão de suas pautas na agenda das discussões, organizada pelas suas respectivas mesas de direção.

A saúde, como serviço integral e universal, encontra, num Estado como o Maranhão, questões particulares a serem resolvidas. Uma delas é a garantia de serviços de média e alta complexidade. São serviços caros que necessitam de profissionais especializados, mas nem sempre facilmente encontrados. A descentralização necessária destes serviços se depara, entre outros, com a dispersão da população sobre um território vasto com sérias dificuldades de conexão. A fim de parcialmente resolver essas dificuldades, deve-se fazer apelo à cooperação entre municípios por meio de consórcios e implantação de serviços regionalizados. Para tal, atualmente, está em discussão a elaboração de um Planejamento Regional Integrado, substituindo a PPI (Programação Pactuada e Integrada) que data de 2004. Envolvendo questões regionais, ressente-se a falta de participação dos Conselhos Municipais de Saúde, que têm interesses no debate. As Regionais de Saúde no Maranhão não dispõem de instância de participação da sociedade local, mas apenas, e com muitas limitações, do Conselho Estadual de Saúde.

Há uma necessidade de discutir a regionalização da saúde no Estado. A política imposta pelo então secretário de Estado da Saúde, em 2009, foi extremamente frustrante. A disseminação sem nenhum critério – a não ser político-partidário – de 75 hospitais no interior do Estado, mostrou o caminho que não deve ser seguido. Além de hospitais de pequeno porte não serem viáveis economicamente, em não fazendo parte de uma rede estruturada com hierarquização dos serviços, fez a maioria destas unidades se tornarem construções obsoletas e o dinheiro público investido, perdido.

As apresentações dos três grupos de estudantes merecem ser elogiadas, de tal forma que houve uma solicitação para que viessem apresentá-las nos dois Conselhos de Saúde. O debate sobre a Política Pública de Saúde não encerrou, pelo contrário, além de estar em constante evolução, o perigo iminente de sua desconstrução obriga a sociedade – acadêmicos, profissionais, conselhos e população em geral – a manter esse debate vivo.

Jean Marie Van Damme

Educador Popular - ASP-MA.Vice-presidente do CMS-SLZ.2º Secretário do CES-MA

O Controle Social no SUS: uma questão de defesa da vida

Os serviços de saúde nem sempre foram ofertados gratuitamente à população, mas, ao contrário, o acesso a esses serviços era restrito a populações específicas, de forma precária e direcionada. O direito à saúde para o cidadão e o dever de implementação pelo Estado foram efetivados por meio da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e regulamentados pelas famosas Leis Orgânicas da Saúde nº 8080 e nº 8142 (BRASIL, 1990).

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), conforme se apresenta hoje, é um sistema criado a múltiplas mãos pelo povo brasileiro. Afinal, são 30 anos de empenho, de luta e de trabalho árduo e constante para sua consolidação (FRANCO, 2011). A sua construção possui firme fundamento no corpo a corpo e na participação popular. Inicialmente não se apresentou de uma forma organizada, mas se principiou pelo interesse e necessidade do cidadão, o qual passou a mobilizar-se de maneira crescente e, a partir de então, a organizar-se.

É de amplo conhecimento, na sociedade brasileira, todo processo que ocorreu para que hoje pudéssemos ter um sistema único, igualitário, universal, equitativo e gratuito. PAIM (2018) ressalta a relevância pública do direito à saúde e a competência do Estado de assegurar a efetivação desse direito por meio de ações e políticas públicas de saúde.

Grandes são os esforços realizados diariamente para a consolidação desse sistema. A passos curtos e duras penas, constrói-se, degrau a degrau, a história desse sistema que hoje é um dos maiores do mundo. Ao considerarmos os sistemas públicos, sem dúvidas, o SUS possui a maior amplitude e organização estrutural, sendo utilizado como referência para muitas potências e países desenvolvidos. Por meio desse sistema de saúde, temos acesso às ações e aos serviços de saúde executados direta e indiretamente com vistas à promoção, manutenção e restauração às adequadas condições de vida e de sobrevivência.

Certamente a participação social na construção de todo esse processo foi um ponto fundamental a fim de que pudéssemos apresentar o sistema de saúde que temos hoje em nosso país (LIMA e LIMA, 2017). O controle social representa senão a garantia, mas a busca constante para que os melhores serviços, os mais adequados, necessários e viáveis sejam disponibilizados à população. Por meio do controle social, podemos ter acesso a tudo aquilo que é realizado ou mesmo planejado com o recurso que é destinado à saúde pública de cada brasileiro.

Estudos nacionais e internacionais apresentam a importância de realizarmos ações e serviços de saúde adequados às necessidades da população dentro do seu território de habitação. Essa proximidade e essa vinculação entre profissionais e população no contexto territorial são essenciais com o intuito de não apenas

as doenças sejam prevenidas, mas para que condições adequadas de saúde sejam proporcionadas a toda população (MENDES, 2010; STARFIELD, 2004).

O controle social dentro das políticas de saúde, por meio de sua representação formal nos Conselhos de saúde, representa a face da saúde que se encontra em cada município e em cada estado deste país. Um controle social fidedigno atuante e participativo ajuda a promover uma saúde pública de qualidade dentro dos parâmetros almejados para o SUS. Alguns anos já se passaram desde que o direito à saúde pública de qualidade para todos os brasileiros foi garantido, e, com passar desse tempo, a população se habituou a usufruir daquilo que é fruto da luta de muitas pessoas anônimas que lograram, com perseverança e persistência, esse bem imensurável que alcançamos (RAMOS, 2017). Permanecer viva essa chama representa não apenas permanecer a participação popular no desenvolvimento e planejamento das políticas públicas de saúde no Brasil, mas também garantir que esse direito seja perpetuado e ampliado de geração em geração.

O momento que vivenciamos foi de grande relevância, envolvendo academia, assistência, gestão e controle social. Cenário esse de sintonia e discussão, com ricas participações e contribuições para a análise crítico-reflexiva do sistema e saúde adotado em nosso país, com suas nuances e condições intervenientes. Promover ao público estudantil esse tipo de interação e aprendizado proporciona a significância e relevância, não apenas do tema de maneira cognitiva, mas da consciência do processo de construção do sistema de saúde, que possuímos em nosso país. A um profissional da saúde, essa iniciativa é essencial em sua experiência teórica e prática.

Encontrar uma instituição de ensino com docentes socialmente comprometidos e que fomente o fortalecimento do controle social entre o seu corpo discente, é tão relevante quanto louvável. Com o contato, a convivência e a experienciação daquilo que se herdou por meio da luta de cidadãos e cidadãs brasileiros, é que podemos garantir que o direito recebido será proporcionado aos nossos filhos e às futuras gerações. O conhecimento do passado certamente leva ao entendimento do presente e ao desenvolvimento de um futuro melhor.

Participar de um momento formativo de extrema qualidade e criticidade frente a instituições públicas de ensino de relevância nacional é um indício da perpetuação do direito à saúde e de sua defesa por meio do controle social.

Promover o debate, a discussão e o entendimento quanto às políticas públicas de saúde no meio acadêmico, é um dos meios para a manutenção e a perpetuação dos direitos conquistados e o alcance daquilo que temos garantido constitucionalmente à nossa população. Reconhecer e reviver o passado é uma forma de entender o presente e articular meios e formas de construir o futuro.

Aurilívia Barros

Coordenadora da equipe de apoio do COSEMS-MA.

6.2 Relatos dos discentes

Referente à construção do trabalho proposto, as palavras que veem à mente foram: gratidão pelo aprendizado adquirido, barreiras foram quebradas, paradigmas e conquistas futuras alcançados. Falar sobre os determinantes sociais da saúde é reconhecer que para se ter saúde é necessário um conjunto de condições socioeconômicas, culturais e ambientais, como também fatores extrínsecos e intrínsecos. Além disso, estilo de vida, idade, sexo e fatores hereditários dos indivíduos são primordiais e determinantes no processo saúde doença.

Antes do Sistema Único de Saúde (SUS), das lutas pela reforma sanitária, das conquistas alcançadas da Constituição Federal de 1988, e fazendo um resgate da história, é importante salientar que a saúde não era para todos, só tinha acesso quem possuía carteira assinada, trabalhadores ferroviários e seus dependentes. A partir da criação do SUS, todos passaram a ter direito à saúde. O SUS é Universal, a saúde é direito de todos e dever do Estado. O conceito de saúde também é modificado, não sendo somente ausência de doenças, e sim um completo bem-estar físico, mental e social. Priorizou-se a medicina preventiva, visto que a prevenção geraria menos adoecimento à sociedade.

A população tem um forte papel na sociedade de lutar pelos seus direitos por meio dos conselhos de saúde, pois um direito conquistado com tanto esforço e, muitas vezes, passa despercebido, coloca em risco o que a há de mais importante a vida do cidadão. Façamos valer os direitos. Lutar por dias melhores e por um futuro próspero é a missão dada a todos os brasileiros que compõem essa nação.

Dentre os modelos de Atenção à Saúde, pode-se citar os eventos agudos e crônicos, em que a Atenção Básica – uma das portas de entrada do SUS – exerce um papel de ordenadora e de coordenadora dos serviços e dos demais níveis de complexidade. Logo, realiza o acompanhamento dos eventos crônicos por meio da promoção da saúde, prevenção e reabilitação, levando a um menor índice de adoecimento da sociedade e é capaz de garantir a resolutividade de 80% das demandas de baixa complexidade.

Os eventos agudos configuram a outra porta de entrada que são as Urgências e Emergências, com um potencial mais elevado devido à complexidade da assistência. Trata-se de um modelo assistencial hospitalocêntrico e resolutivo de acordo com a complexidade. Um exemplo a ser citado é a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que se faz necessário para todas as urgências, em especial, ao novo Coronavírus. Trata-se de uma pandemia cujo agravamento é um evento já esperado, por esse motivo as UPAs exercem um papel brilhantemente.

Atenção Básica é um modelo de baixa complexidade e alta resolutividade. A partir do Decreto nº 7.508/2011, foram estabelecidas como portas de entrada do SUS, a Atenção Primária, a Urgência e Emergência, a Atenção Psicossocial e a Atenção Especial de acesso aberto. Nós, cidadãos, temos que exercer os nossos direitos e lutar diariamente por políticas públicas que nos proporcionem um bem-estar físico, mental e social, por meio dos Conselhos de Saúde que é uma ferramenta de grande potencial. Os usuários têm 50% nessa participação, um percentual transformador que exercido de maneira eficiente gerará mais saúde, mais educação, menos fila de marcação de consultas, menos internações, menos vidas perdidas e, consequentemente, menos corrupção, pois todo o poder emana do povo.

Discente A

O tema nos faz lembrar os avanços importantes que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem alcançando ao longo desses anos. Importante nos trazer à memória, os desafios enfrentados desde a reforma sanitária, assim como os alcances da Constituição Federal de 1988, fatos históricos que resultaram na criação de um sistema de saúde universal no Brasil.

A construção das políticas públicas de saúde vem com objetivo de propor ações e melhorias no SUS para ampliar e qualificar o atendimento da população. Já a construção social enfatiza a participação da sociedade na definição e a implementação de políticas sociais e direitos de cidadania.

A dinâmica da aula foi a divisão em três grandes grupos, cada um com uma temática para apresentação, discussão e debate. Fui inserida no grupo 02, que abordava o seguinte tema: Redes de Atenção à Saúde (RAS) e o Papel do Estado na Regionalização.

Diante da construção do trabalho, ficou explícita a forma de organização das RAS, assim como ações e serviços de saúde em diferentes densidades tecnológicas que integradas, por meio de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integridade do cuidado.

Temos a Atenção Primária à Saúde como base da promoção da saúde na medida em que orienta o sistema de saúde na direção ao alcance de equidade, de integralidade, de defesa da saúde e de referência e contrarreferência dos usuários.

Foram enfatizados os diferentes modelos de atenção à saúde no Brasil, em consonância às legislações ministeriais que estabeleceram as diretrizes para organização das RAS no âmbito SUS. Foram ressaltadas as diferenças entre os sistemas fragmentados e as Rede de Atenção à Saúde conforme Mendes (2009).

Por fim, salientou-se o papel do Estado na Regionalização que é o grande responsável pela articulação, pelo planejamento, pelo monitoramento e pela avaliação das políticas públicas de saúde no seu território.

Diante do contexto, faz-nos refletir os grandes desafios que o SUS enfrenta, entre eles, a fragmentação do sistema de atenção à saúde brasileira, os diversos modelos de gestão e de financiamento, os subfinanciamentos e outros.

Destaco minha enorme satisfação em poder ter participado dessa aula e o quanto o conteúdo foi enriquecedor para os nossos conhecimentos. Todas as discussões ocorridas durante as rodas de conversa e em relação as outras temáticas, não houve nenhum aspecto que eu discordasse, pelo contrário, foram mencionadas várias reflexões válidas, pertinentes e essenciais para reflexão, melhoria e engajamento nas práticas diárias de trabalho.

Destaca-se o quanto ainda precisamos avançar, e o quão é importante a participação da população no controle social para melhoria das ações, das condutas e do planejamento na gestão pública.

No Geral, foi excelente e quero agradecer a oportunidade.

Discente B

A disciplina trouxe a reflexão dos avanços já alcançados na saúde, observados pela contextualização histórica do Sistema Único de Saúde (SUS), entendendo que estes avanços se deram por meio da participação social, no sentido de fazer compreender que necessitaria haver uma mudança, um atendimento de saúde mais inclusivo e igualitário. Apesar dessa significativa transformação social, precisamos fortalecer as políticas públicas inclusivas em nossas práticas de trabalho, adotando uma postura mais participativa no planejamento da operacionalização dos processos de trabalho, para tanto, é imprescindível se apropriar dos conhecimentos acerca dos instrumentos de gestão. Além disso, o usuário também precisa entender a importância de sua participação no controle social.

Percebo, em minha vivência de trabalho, que os fluxos de organização, os planejamentos de gestão e o desenho de redes são verticalizados, impactando, muitas vezes, na eficácia das ações de saúde. Assim, a Rede de Atenção do Município se torna fragilizada, pois nem sempre atende às necessidades em sua totalidade, sobrecarregando os tratamentos fora domicílio.

A Atenção Primária se constitui um modelo de atenção com resultados de alto impacto, porém os profissionais precisam estar engajados para este fim, conhecer a comunidade atendida e entender os multifatores e peculiaridades que contribuem o processo da doença, adotando um atendimento centrado nas pessoas.

No atual cenário, em nossa Unidade de Saúde, os programas das crônicas (hipertensão, diabetes, hanseníase) foram prejudicados pelo advento da pandemia do novo coronavírus, e, para complicar a situação, os profissionais da linha de frente não participaram da construção do plano de contingência da pandemia. Assim, na medida do possível, realizamos com frequência atendimentos adaptados para realidade do momento no sentido de prevenir as agudizações das condições crônicas e o acompanhamento pré-natal.

Apesar de muitos aspectos positivos, ainda existem desafios a serem enfrentados e vencidos nas duas vias (gestão e postura profissional), no intuito de fazer valer a consolidação dos princípios do SUS e o fortalecimento do controle social.

Discente C

Para compreensão do módulo, os docentes dividiram a turma em três grupos para apresentação e debate dos seguintes temas: **Grupo 01** – Legislação SUS e Controle Social; **Grupo 02** – Redes de Atenção à Saúde e o Papel do Estado na Regionalização; **Grupo 03** – Modelo de Atenção à Saúde. O Processo de Construção Social na Atenção Primária.

O módulo também contou com a participação de convidados externos que contribuíram, de forma excepcional, para compreensão da temática "Construção Social das Políticas Públicas de Saúde no Brasil."

Durante as discussões, ficou claro que a participação social é primordial na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas decisões tomadas pela gestão pública que dizem respeito ao bem comum.

Dentre os diferentes modos de participação social, foram enfatizados os Conselhos e as Conferências de saúde, sendo estes, atualmente, os principais espaços institucionalizados para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo – federal, estadual e municipal.

O aprimoramento dos Conselhos e das Conferências de Saúde envolve aumentar a democratização e incrementar a efetividade das suas produções. Portanto, foi apontada pela professora Silvia e complementada pelo convidado Jean Marie a necessidade de a população conhecer, ocupar e se apoderar dos espaços do controle social como mecanismo para tornar o SUS popular, equânime e de qualidade de fato.

Os mesmos enfatizaram, por diversas vezes, que não basta fazer parte do Conselho, tem que participar efetivamente, de forma consciente e crítica, com protagonismo e representatividade.

Em síntese, pude entender que:

A integração da sociedade na gestão pública é um direito garantido pela Constituição Federal que permite que os cidadãos não apenas participem da elaboração das políticas públicas, como também fiscalizem, de forma contínua, a aplicação dos recursos destinados à realização de tais políticas;

É por meio da participação na gestão pública que os cidadãos poderão intervir na tomada da decisão administrativa;

A atuação do Conselho Municipal de Saúde contribui para a efetiva participação do cidadão na gestão dos recursos públicos, fazendo com que haja cada vez mais transparência na gestão pública;

Os Conselhos de Políticas Públicas são Conselhos nos quais os cidadãos não só participam do processo de tomada de decisões da Administração Pública, como também dos processos de fiscalização e de controle dos gastos públicos e da avaliação dos resultados alcançados pela ação governamental;

A necessidade de uma melhor estruturação dos Conselhos Municipais e demais instrumentos de participação social que possibilitam a interlocução entre a Sociedade e o Estado.

Após discutirmos relevantes assuntos, ficou evidenciado, contudo, que ainda há muito o que ser melhorado na gestão pública e fomentado nas ações do controle social.

Sendo assim, finalizo o meu relato enfatizando que este módulo foi exitoso, a programação foi bem-sucedida, os convidados foram formidáveis com suas contribuições, a turma foi participativa e os docentes conduziram, de forma brilhante, este último módulo do curso.

Discente D

Relato da minha experiência no que diz respeito à Participação e Controle Social, assunto discutido durante a disciplina Construção Social das Políticas de Saúde no Brasil nos dias 27 e 28/11/2020. Diante do que foi ofertado nesses dois dias, exponho minha satisfação em poder participar de um momento tão rico, cheio de informações novas e debates incentivadores.

Contar com a participação do Conselheiro Jean Marie Van Damme, que trouxe sua história de luta junto ao Conselho e sua participação em marcos históricos em nosso país, em especial, na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi extraordinário. Poder aprofundar mais uma vez o conhecimento acerca da trajetória histórica do SUS, da inserção da participação popular e do controle social, os instrumentos de planejamento enquanto mecanismo de construção coletiva, efetivando a participação popular enquanto diretriz da Lei nº 8.080/90, foi relevante para mim tanto pessoal quanto profissionalmente.

Ficou explícito o esforço dos conselhos em desenvolver seu trabalho, apesar das limitações, seja por questões estruturais e administrativas, seja pela efetiva participação tanto do poder público quanto da sociedade civil, ou ainda, reconhecendo que nem todos atuam da mesma forma e que o movimento é plural, uma vez que ideias e opiniões contraditórias coexistem.

Perceber que é possível construir de forma coletiva, apesar dos desafios expostos pelo conselheiro, como a dificuldade na mobilização dos usuários para a participação, a falta de conhecimento dos usuários sobre as legislações, portarias e resoluções do SUSe as limitações e entraves por parte da gestão, fez-me refletir o quanto estou isolada e ausente do processo de construção coletiva e o quanto posso contribuir com o conhecimento acumulado. Concluo com a reflexão feita em aula: “O poder não só emana do povo, como também pertence a ele”.

Discente E

Ao propor uma reflexão com vistas à construção de um texto sobre essa temática, é preciso entender que ao assegurar, em seu Artigo 198, a participação social, a Constituição Federal de 1988 legitima uma construção histórica que rompe com paradigmas atrelados ao enfraquecimento da garantia de direitos fundamentais. Só o povo pode, dentro de um sistema democrático, fazer acontecer as políticas que o assistem.

Desta forma, ao implementar a Lei nº 8.142, assegura-se, de forma coesa, a ferramenta da participação social a qual atribui valor de construção conjunta ao

Sistema Único de Saúde (SUS) com as conferências e os conselhos de saúde, que, a princípio, constituem-se como as instâncias mais relevantes para discussão e elaboração de proposições alcançando o controle e até mesmo a fiscalização. Dentro desse pressuposto, o corpo ganha a ideia de denúncia e de transformação, porém, com uma promoção ainda insatisfatória.

Grande parte da população não conhece ou mesmo não se propõe ao empoderamento que presume os instrumentos de participação social no SUS. Por vezes, exime-se da possibilidade de engajar. Até mesmo os profissionais de saúde, em sua maioria, estão alijados do processo ou o desconhecem em sua essência. É urgente a promoção de aspectos imprescindíveis à integração que viabilize a importante participação do povo, sobretudo, para elaboração de estratégias a qual assegure a funcionalidade do sistema e dê visibilidade a tantas outras possibilidades que não a judicialização de processos envolvendo direitos democráticos.

Desta forma, considero a participação social e controle a "espinha dorsal" do sistema, que, sem a construção coletiva e fiscalização, perde força em seus aspectos fundamentais assegurados pela Constituição Federal.

Discente F

No módulo Construção Social das Políticas de Saúde no Brasil, lecionado pelos docentes Jamesson Ferreira e Silvia Viana, impulsionou-me a refletir sobre os antecedentes históricos das políticas públicas de saúde no nosso país. Por muito tempo, o estado assumiu de forma concentradora a tomada de decisões nas políticas públicas implicando a ausência da participação da população organizada, como forma de pressão para garantir a conquista de nossos direitos.

Nossos direitos estão nas Leis, mas, na prática, nem sempre são garantidos. Faltam remédio, médico e posto de saúde com infraestrutura adequada como também não há uma política de saúde preventiva, por isso a importância de entender que devemos nos organizar e participar. Isso deve corresponder à participação da população no Conselho Municipal da Saúde (CMS) com o objetivo de fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde, como também estimular o controle social do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, o Conselho Municipal da Saúde (CMS) é um instrumento de participação social.

Lembro-me da fala do Conselheiro Jean Mari que disse: "O Conselho Municipal é um órgão deliberativo!", e eu completo mais ainda, normativo e informativo. Essa afirmação foi complementada pela professora Silvia ao reiterar que o Conselho Municipal é composto com representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da área e usuários, enfatizando também a questão da

representatividade e da força que a população tem por meio do Conselho Municipal.

Dos instrumentos de gestão da Política de Saúde, além do Conselho Municipal, comentou-se sobre o fundo municipal e o plano de trabalho para que a política de saúde alcance seus objetivos, selecione prioridades, racionalize recursos e avalie os resultados.

Com isso, percebi, com satisfação, o quanto o Conselho pode garantir nossos direitos e o cumprimento do que foi proposto por nossos governantes na área da saúde, mas, para que isso aconteça, é preciso participar.

Nas aulas seguintes, os discentes foram encorajados pelos docentes Jamesson e Silvia para discutirem, em grupo, temas pertinentes à Política Pública de Saúde, tais como: "Legislações do SUS e o Controle Social junto aos Instrumentos de Planejamento do SUS", "Redes de Atenção à Saúde e o Papel do Estado na Regionalização" e "Modelos de Atenção à Saúde. O Processo de Construção Social da Atenção Primária". Todos esses conteúdos foram referenciados em alguns autores, entre os quais se destacou Eugênio Vilaça Mendes. Em meio às atividades laborais e atividades de conclusão de TCC, fez-se reunião para trabalhar, em equipe, alguns conceitos ligados ao Módulo. Com êxito, conseguimos concluir a síntese solicitada de acordo com os assuntos trabalhados.

Os conteúdos e as discussões deste módulo foram importantes e riquíssimos. A participação da conselheira do Conselho Municipal da Saúde, a conselheira Aurelivia, de maneira formidável, trouxe-nos a magnitude da Atenção Primária como uma das principais responsáveis por sinalizar as precisões e as melhorias de serviços de saúde aos demais pontos de atenção da rede.

A minha expectativa foi a melhor possível em relação a este módulo. Fez-me perceber quantas atribuições podemos desenvolver e como devemos decidir participar, enquanto sociedade, da construção de políticas públicas. Ainda me leva a crer que este processo é dinâmico e exige apenas de nós uma única postura de nos organizarmos, de participarmos e de lutarmos para defender nossos direitos e o SUS.

Agradeço aos professores e convidados deste módulo por este momento enriquecedor.

Discente G

A disciplina nos trouxe a oportunidade de reflexão sobre a organização do SUS, contribuindo para o entendimento um sistema efetivamente universal e equitativo. Vimos, na exposição dos grupos e nas falas dos convidados, que o controle social é parte fundamental deste processo, em que a participação popular tem que ocupar seu lugar de forma plena e efetiva para a tomada de decisão, podendo ser feita por meio da fiscalização direta nos processos de gestão e

acompanhamento das ações.

Ficou evidenciado no debate que a exposição dos modelos de atenção à saúde ocorre em diferentes formas de estruturação das respostas aos problemas de saúde e de doença e às condições agudas e crônicas.

A condução dos debates foi satisfatória, concedendo oportunidade aos alunos, professores e convidados a exporem suas vivências, trazendo o resgate histórico do conselho como peça fundamental no processo de criação de políticas públicas com a participação ativa dos cidadãos. Foi dado ênfase ao resgaste do papel do usuário como agente participativo na melhoria de qualidade da assistência dentro do modelo de atenção (sujeito é o agente de sua saúde).

Ao final, foi evidenciada a importância da atenção primária como porta de entrada do SUS, capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, sendo imprescindível a integralidade entre os diversos níveis de complexidade para dar respostas às necessidades de saúde da população, introduzindo novas práticas e novos instrumentos de gestão de forma integrada e eficiente.

A reflexão conclusiva é que como profissional de saúde e usuário do SUS, temos que participar dos processos de mudança com uma visão abrangente do nosso papel e conhecer as políticas de saúde de forma a otimizar o atendimento prestado ao usuário, contribuindo, assim, para a integralidade da assistência.

Discente H

No módulo “Construção social das políticas de saúde no Brasil”, pude perceber a grandiosidade de termos um Sistema Único de Saúde (SUS) tão diversificado e tão rico. A exposição simples, clara e comprometida da fala do Conselheiro de Saúde Jean Marie me fez enxergar como ainda preciso conhecer melhor seu funcionamento e sua importância. Trabalhando há mais de 10 anos em um hospital de urgência e emergência e observando todas as dificuldades enfrentadas tanto por usuários quanto por profissionais de saúde, constato que o modelo hospitalocêntrico, de atenção secundária, distancia profundamente a comunidade de sua participação efetiva nas ações de um sistema de saúde que tem muito a oferecer em termos de prevenção e cuidados.

Desde sua criação em 1988, passando pela Lei Orgânica e por tantas outras leis complementares, o SUS vem sofrendo um desmonte gradativo de recursos e ofertas o que torna mais complicado seu acesso e sua efetividade. A Atenção Primária à Saúde é a coordenadora e ordenadora do cuidado nas redes de atenção à saúde, por isso dever ser fortalecida e a sua privatização é algo inaceitável. Fiquei refletindo sobre como seria a vivência do usuário diante de uma situação crítica.

mínimo, isso fortaleceria o modelo de atenção secundária centrado em hospitais, visto que a prevenção realmente dá resultados, mas requer tempo e investimento.

Conhecer um pouco de como funcionam as redes de atenção à saúde, mostrou como recursos bem empregados reduzem custos, fortalecem a integralidade do cuidado e aumentam a resolutividade. Situação que, infelizmente, não acontece nos serviços de alta complexidade, que tanto oneram o sistema. Isso é exatamente o que vivencio em minha experiência como profissional da saúde.

Compreendi também que a população tem a força, mas precisa participar, dialogar, e se aproximar do poder público. Ouvir o relato do conselheiro Jean Marie, sua participação em debates e em conferências de saúde e sua proximidade com o usuário, fez-me refletir sobre como estou distante do SUS no sentido de entender a grandeza do seu papel na nossa sociedade, pois, como a professora Silvia muito bem expôs, "O SUS se faz no cotidiano, com a participação da população".

Isso me trouxe outra reflexão: quanto mais se sabe, mais responsabilidade se tem sobre o meio em que se vive. Foi assim que me senti. Depende mesmo de nós!

Discente I

A partir de todo o processo de ensino desenvolvido na disciplina "Construção social das políticas públicas no Brasil", pude identificá-la como fundamental no processo de formação especificamente em um curso onde o sistema de saúde é peça essencial. Inicialmente a sequência didática empregada me gerou um impacto perante a reflexão de que seria possível, diante do nosso tempo reduzido para o desenvolvimento da disciplina, aprofundarmos em assuntos tão minuciosos, relevantes e necessários. No entanto, a perspectiva de termos professores convidados com propriedade e experiência vivencial na temática foi imensuravelmente satisfatória.

A construção das políticas públicas no Brasil perpassa por várias fases e a principal delas se estabelece quando, na 8º Conferência Nacional de Saúde, os debates sobre a saúde como direito de todo cidadão se fortalecem. Finalmente, esse direito é efetivado a partir da Constituição Federal de 1988 que assegura e consolida o processo de criação do nosso Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema passa a ser regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOA) nº 8080/90 e nº 8.142/90 cujas diretrizes e normas foram estabelecidas. Um outro aspecto de grande relevância que ganha espaço é a participação social. Logo, estabelece-se um sistema de saúde voltado para usuários e que demanda a participação dos mesmos no processo de tomada de decisão e fiscalização. Desse modo, fica evidenciada a necessidade do usuário ativo na construção e no desenvolvimento

dessa política e, a partir da participação nos conselhos de saúde, conferências e outros espaços institucionalizados, é possível dar voz para a população.

Referente à organização, temos as regiões de saúde como estrutura pautada na integralidade da assistência a uma determinada população que demanda cuidados. Por meio das redes de assistência, é dispensado suporte em níveis que perpassam da atenção primária à alta complexidade. Inclusive, é importante ressaltar o quanto a atenção primária, enquanto ordenadora do cuidado, carrega a responsabilidade de articular entre essas diferentes redes e possui um importante papel na resolutividade com vistas a evitar o agravo das demandas em saúde.

Compreender os aspectos históricos de construção e adentrar no processo de planejamento e consolidação das políticas de saúde, nos proporciona evidenciar, na prática diária dentro dos serviços, a avaliação da efetividade e coerência do que teoricamente é estudado. Considero que essa disciplina me possibilitou revisar aspectos importantes do SUS, compreender os papéis dos atores envolvidos, evidenciar que, tanto como profissional quanto usuária, disponho de espaços para articular, debater direitos como também lutar por eles, no intuito de serem assegurados. Ademais, somente por meio do conhecimento obtido, da consciência de participação e da ação, seremos capazes de construir o SUS que tanto almejamos. Ciente dos avanços, sinto-me orgulhosa pela história que foi construída e, principalmente, por saber que atualmente faço parte dessa efetivação. Agradeço a oportunidade propiciada pelos professores e convidados, os quais foram excepcionais nessa formação.

Discente J

Essa disciplina foi ministrada pelos professores Jameson Ferreira e Silvia Viana, com objetivo de compreendermos o processo de construção social das políticas de saúde no Brasil reconhecendo o valor do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS).

Primeiramente, gostaria de agradecer aos meus professores, aos convidados e a meus colegas de turma e enaltecê-los pelas belíssimas apresentações que nos trouxeram para refletirmos sobre a importância da construção social por no processo de fortalecimento do SUS. A sociedade tem um papel importante durante todo o processo e nos remete a refletir sobre nossas ações dentro da sociedade.

Em meio à disciplina, foram apresentados temas relevantes para a saúde pública, dentre eles, o tema do meu grupo foi sobre REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E O PAPEL DO ESTADO NA REGIONALIZAÇÃO. As redes de atenção fazem parte de ações e serviços de saúde que são integradas por um sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, buscando a centralidade nas necessidades da população e

a integridade do cuidado, no seu âmbito interprofissional. Como exemplo, temos a Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Doenças Crônicas e a Assistência à Pessoa com Deficiência, evidenciando a Atenção Primária como o centro de comunicação entre eles.

Para que assistência à saúde seja gerada de forma devida, o Estado é o responsável por monitorar, planejar e coordenar as políticas públicas e as ações, sendo o mediador de conflitos, o encarregado pelo direcionamento do financiamento e o articulador das redes. Em tempos atuais, sabendo a importância da associação da Rede de saúde ao espaço geográfico nela inserida e conhecendo a região e a população que iremos trabalhar, podemos ter a integração da organização, assim como o planejamento das ações e a execução da mesma conforme as características da área. Por isso, esse processo de regionalização pode interferir positivamente na assistência à saúde.

Hoje por trabalhar na atenção primária e na urgência emergência, observei o quão a construção social para o andamento das políticas públicas é importante. Na disciplina, pude perceber que o SUS necessita do apoio da sociedade e dos gestores, para realizar uma administração eficaz e para termos uma assistência à saúde de qualidade. Aprendi mais sobre o controle social – um dos princípios do SUS – que remete à necessidade da participação popular na gestão pública, pois este é exercido por audiência pública e ação popular, dando o direito à população para participar ativamente das ações, as quais estão sendo feitas na sua localidade.

Mediante a tantos assuntos importantes, vejo o controle social como um ponto de partida para o aprimoramento das políticas de saúde no Brasil, visto que a participação da sociedade nos leva a perceber quais as problemáticas e necessidades de cada grupo.

Discente K

Neste módulo de Construção social das políticas de saúde no Brasil, foi muito bem colocada toda a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), na verdade, a sua contínua construção. Mesmo com os seus desafios e dificuldades, esse sistema se encontra todo o tempo em evolução e permanece atuante.

Foi percebido também o quanto a participação popular é importante e necessária para essa evolução constante, como também a atuação dos Conselhos de Saúde. Ambas são imprescindíveis para o funcionamento do SUS cujos princípios não devem ser esquecidos e nem negligenciados.

Houve uma colocação muito importante e esclarecedora quanto à atuação dos conselheiros de saúde cujo papel, sem dúvida alguma, é indispensável para que as políticas de saúde sejam estruturadas e executadas de forma que abranja

todos os atores envolvidos: gestão, profissionais da saúde e usuários.

Como profissional de saúde, percebo o quanto precisamos ter conhecimento de todo o viés do sistema de saúde, principalmente o início de toda sua trajetória até os tempos atuais. É fundamental entender todo o processo pelo qual o SUS foi instituído, o quanto ele cresceu e se faz necessário e importante para todos nós (usuários ou não do sistema). E diante de tudo isso, pensar de que forma eu posso atuar ainda mais para que o SUS melhore, ou de que forma posso exercer melhor o meu papel de profissional e de usuária do SUS. Fica a reflexão para um comportamento diferente a partir de então.

Discente L

Nos dias 26 e 27 de novembro, a turma de especialização em Saúde Coletiva com ênfase na interprofissionalidade reuniu-se, virtualmente, para a disciplina Construção Social das Políticas Públicas no Brasil cujo tema estudei bastante na minha graduação em Serviço Social. Contudo, agora com um olhar mais crítico pela vivência e experiência na política de saúde, somado ao diferencial didático proporcionado pelo professor Jamesson Ferreira, pela professora Sílvia Viana e pelos participantes externos, o aprendizado foi rico de informações com troca de experiências e com as especificidades atuais deste tema.

Tive a oportunidade de compor o Grupo 1 que apresentou o tema “Legislação do SUS e o Controle Social Junto aos Instrumentos de Planejamento”. Durante o módulo, foi possível debater juntamente com a turma sobre os marcos históricos e na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), fruto do protagonismo de atores sociais em defesa da Reforma Sanitária na época.

Com a produção do grupo 1 e dos demais grupos, pudemos compreender que a participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do SUS, destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde.

Por fim, a disciplina foi contemplada com a participação do conselheiro Jean Marie, que contribuiu com a discussão iniciada pelos grupos e também esclareceu os atuais desafios da participação popular. Além disso, compartilhou seu saber e experiência, relatando, inclusive, a sua participação ativa no âmbito do Maranhão à época da 8ª Conferência de Saúde, considerada a mais importante no que diz respeito à construção do processo de participação popular na formação das políticas de saúde.

Discente M

A disciplina trouxe como principal objetivo, entender o processo de construção social das políticas de saúde no Brasil reconhecendo o valor do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). Nos parágrafos seguintes, você perceberá e será capaz de observar se o objetivo foi alcançado na área da saúde.

A proposta realizada pelos docentes do módulo foi tornar os discentes protagonistas do processo de educação. A turma foi dividida em três grupos e cada um abordou um tema específico. Os assuntos tratados foram: Legislação do SUS, incluindo o Controle Social junto aos instrumentos de planejamento; Rede de Atenção à Saúde e o papel do estado na regionalização; e, Modelos de Atenção à Saúde. O processo de Construção Social da Atenção Primária. Após distribuição dos temas, os discentes se reuniriam virtualmente para a construção e discussão do tema para ser apresentado para os demais grupos e convidados em dois turnos de forma remota.

Para o nosso grupo foi um aprendizado de forma transversal, uma vez que necessitávamos entender um pouco sobre as temáticas apresentadas pelos demais grupos (foi o que visualizei ao ler sobre o processo de construção social da atenção primária).

Mesmo atuando no SUS, seja na área assistencial, quanto na área da gestão, a disciplina trouxe o resgate sobre toda a história da construção das políticas de saúde que são primordiais para a discussão atual sobre saúde, sobre rede de atenção, sobre atenção primária e, principalmente, sobre a garantia de direitos aos usuários do Sistema Único.

Suscinto uma reflexão sobre o SUS após sua construção e como nós, profissionais de saúde, devemos exercer nossas funções com responsabilidade e competência para prestar assistência de qualidade aos usuários, os quais utilizam os serviços públicos de saúde. Considero que, na atenção primária, é preciso maior atuação dos profissionais de saúde, visto que a ênfase do cuidar está voltada à promoção e à prevenção de agravos à saúde. No entanto, deve-se mencionar também o papel dos usuários deste sistema, porque eles fazem parte da sua construção.

A participação popular, enquanto princípio constitucional, ocorre quando o cidadão atua no interesse da coletividade, sem um interesse individual imediato, visando superar alguma situação pelas vias administrativas ou judiciais. Isso significa que o cidadão exerce, perante a administração pública, o direito de opinar sobre as prioridades, de participar, de decidir, de compartilhar, de validar e de proteger a aplicação dos recursos públicos na geração de benefícios à sociedade. O acompanhamento da gestão e da fiscalização dos gastos no setor público, quando realizados pela própria sociedade, recebe a denominação de controle social. O acesso à informação pública, em conformidade com a Carta Magna, constitui-se

um princípio básico do controle social.

O controle social tratado na Lei nº 8142 de 28/12/90, que dispõe sobre a participação popular na gestão do SUS, prevê, como instâncias colegiadas, os Conselhos Municipais de Saúde e as Conferências Municipais de Saúde, considerados como mecanismos básicos de controle social. Na saúde, ambos têm papel fundamental na formulação das estratégias de execução, controle e efetivação dos princípios do SUS – um dos motivos relatados pela disciplina – e na atuação do controle social na política de saúde.

Atualmente na prática e acompanhando os espaços de deliberação do controle social, percebo, a cada dia, a fragilidade em representar a saúde pública, em discutir sobre ela e em lutar pela garantia dos direitos previstos na Constituição.

A atuação do Conselho Municipal de Saúde contribui para a efetiva participação do cidadão na gestão dos recursos públicos, fazendo com que haja cada vez mais transparência na gestão pública. Percebemos que existe uma necessidade de fortalecimento do controle social das políticas públicas no SUS a partir dos instrumentos de gestão discutidos e aprovados no Conselho.

Outro ponto debatido é o estudo sobre o conteúdo e a forma como os sistemas e serviços estão estruturados e organizados. Na atualidade, estão estruturados em Redes de Atenção à Saúde, tendo o Estado o papel fundamental na regionalização. Outras informações são necessárias para compreensão de que modo um sistema organizado deve ser efetivo.

Ficou muito claro, conforme o relato do grupo responsável pelo tema 'Redes de Atenção à Saúde e o papel do estado na regionalização', que a gestão do cuidado em rede regionalizada, na perspectiva de um sistema integrado, tem como objetivo principal uma política social como o SUS, haja vista o conjunto de problemas de saúde. O enfrentamento desses problemas transcende a capacidade gestora de apenas um ente subnacional, ou seja, pauta-se na necessidade de um sistema articulado, interdependente e cooperativo, tendo múltiplas dimensões de integração entre diferentes subsistemas relacionando a Clínica e a Governança às representações e aos valores coletivos.

Todas essas questões me trouxe a necessidade de ler mais acerca dos temas, compreender, sobretudo, o atraso da regionalização no SUS e a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, trazendo disputas por recursos entre os municípios, ao invés de conformar uma rede interdependente e cooperativa, e também aprofundar sobre a ausência de planejamento regional para as estratégias de descentralização.

Para finalizar, gostaria de agradecer aos docentes, aos convidados (pessoas que contribuíram, de uma forma rica, com relatos de vivência na construção das políticas públicas de saúde em eventos históricos e em espaços da gestão, da assistência e do controle social) e aos discentes por esta troca de conhecimento e de impulso para discutir em outras áreas e no ambiente de trabalho sobre a temática.

Discente N

6.3 Relatos dos docentes

Participar da disciplina Construção Social das Políticas Públicas de Saúde no Brasil ao final do ano de 2020 e ser a última disciplina do curso de especialização em Educação Interprofissional em Saúde aproximam dois momentos de tensão e expectativa.

Primeiro, a compreensão de toda a carga emocional e intencional dos alunos próximo à apresentação dos seus seminários e entregas de trabalho. Segundo, o volume de discussões e de conflitos entre o governo federal e, aparentemente ,todos os demais estados, no que se refere à compreensão da necessidade e às estratégias elaboradas para o enfrentamento das pandemias da Covid-19.

Uma das características que não pode ser negada, neste momento, é a necessidade de mudar a lógica tradicional do fazer educação e do fazer saúde. Diante disso, não poderíamos procurar uma disciplina marcada somente pelo repasse de informações e uma esperada postura passiva dos alunos, o que justificou a escolha de metodologia ativa de ensino. Desta forma, prevaleceu o protagonismo da procura e da produção do saber científico, tornando o aluno o ator principal na jornada da pesquisa, do questionamento, da análise e da produção de novos saberes. Atrelado a esta mudança, participar da avaliação, apreciando e acompanhando a produção dos alunos, além de contar com a participação de três convidados especiais (um conselheiro de saúde, uma representante do COSEMS-Maranhão e uma profissional do departamento de Saúde da Família com experiência na Atenção Primária), sem dúvidas, ajudou a desconstruir a ideia tradicional de avaliação por meio de uma simples atribuição de nota a partir de uma entrega de um produto.

Uma das inovações proporcionadas aos alunos foi o compartilhamento das experiências dos atores convidados, o que permitiu a compreensão que o Sistema Único de Saúde (SUS) se torna vivo, não somente pelas suas regras apresentadas pelas legislações federais, estaduais e municipais, mas, pelos movimentos dos seus atores – o Ministério da Saúde, as Secretaria de Saúde estaduais, as Secretaria de Saúde municipais, o Controle Social (conselhos), os profissionais de saúde e a população.

Após os relatos dos convidados, foram iniciadas as apresentações dos grupos. Alguns conteúdos, com maior nível de complexidade, revelam que necessitam de maior tempo de leitura e discussão, para que possam ser apreendidos os desafios que se apresentam aos gestores e profissionais de saúde. No entanto, toda possível fragilidade de uma apresentação é complementada pela riqueza das discussões em grupo, marcando este processo de construção e aprendizagem coletiva.

Reflexões desenvolvidas a partir destes encontros em sala de aula virtual, devido às estratégias de segurança sanitária no contexto do enfrentamento à

pandemia da Covid 19, podem e devem ser desenvolvidas com a finalidade de aprofundar o aprendizado.

Apesar da distância física entre os participantes, estes encontros noturnos com finalidade acadêmica, marcaram o final do ano de 2020, como câmeras técnicas protegidas e focadas no desenvolvimento dos seus participantes.

Pensar política pública de saúde no cenário brasileiro, considerando a postura do presidente, os seus reflexos no desenvolvimento e a oferta de legislações e estratégias de saúde, permite o desenvolvimento de questionamentos, assim como o fortalecimento do sentimento de que estamos em risco crescente de desconstrução de um sistema único de saúde, resultante de um movimento diverso ocorrido nas décadas 70, 80 e 90. Esta sensação de usurpação do direito do acesso a serviços de saúde qualificados, relacionado a uma aparente calmaria ou passividade da sociedade brasileira, tende a aumentar o medo e a inquietude de quem trabalha em defesa do SUS.

Como professor, uma das minhas possibilidades de contribuição é proporcionar aos alunos momentos ou ambientes protegidos para o desenvolvimento de questionamentos do contexto social, realização de pesquisas e proposição de melhorias. Na temática da Saúde Coletiva, incentivar um grupo de profissionais de saúde inscritos em curso de pós-graduação a questionarem suas realidades, proceder a buscas de novos aprendizados e incentivar o desenvolvimento de propostas de mudança, torna-se um ato revolucionário, ao acreditar que a inquietude de um professor pode ser fortalecida e transmitida na necessidade de defesa dos direitos conquistados na Constituição de 1988 e no sistema de saúde e desenvolvidos a partir dos artigos 196 a 200.

A conclusão da disciplina foi fortalecida com a marca da produção coletiva e com a reflexão de que a ninguém pertence a única verdade ou o único saber que não devem ser questionados.

O atuar, como professor de um curso de saúde, permite-me continuar lutando em defesa do SUS, valorizando esta caminhada histórica e cidadã e afirmando a importância da Atenção Primária e Vigilância em Saúde, como estratégias funcionais e sustentáveis para o desenvolvimento de uma sociedade.

Jamesson Ferreira Leite Júnior

Psicólogo/Docente externo

Um breve resgate das participações da docente em Conferências de Saúde: exercitando e contribuindo com o efetivo controle social no Maranhão.

Ao iniciar este registro, lembrei-me da história das políticas de saúde no Brasil – antes do Sistema Único de Saúde (SUS) –, das lutas pela reforma sanitária, das conquistas alcançadas na Constituição Federal de 1988, até da atual conjuntura política, econômica e social do nosso país. Neste resgate, refleti sobre o significado dos importantes atos normativos, em forma de Leis, Decretos e Portarias, como também sobre a "distância" entre o institucionalizado e o que efetivamente ocorre no cotidiano das práticas e dos processos de trabalho na rede de serviços de cada município/estado/nação. Registro isso por compreender a magnitude de uma Conferência, quer distrital, municipal, estadual e nacional, principalmente em tempos de evidentes retrocessos e desmontes dos direitos historicamente conquistados. Dito isto, afirmo que defender o SUS, torna-se um compromisso, uma missão.

Estando conselheira de saúde, segundo a Lei, devemos assumir o papel de protagonista na atuação, no planejamento e no controle da execução de políticas públicas de saúde. Uma conferência é um espaço legítimo e qualificado de diálogos, manifestações, proposituras, que conta com a participação ativa de movimentos sociais representativos de diversos segmentos, como usuários, entidades e instituições de trabalhadores, gestores e prestadores, convictos da necessidade de avanços e mudanças, em diferentes dimensões, na área da saúde. Nos diversos territórios, há um batalhão de cidadãos unidos em busca da defesa e consolidação do SUS.

Como conferencista voluntária, sempre atuando no processo de execução de Conferências Municipais, ouvi com profunda tristeza sobre as precárias condições operacionais e de infraestrutura dos Conselhos de Saúde, também sobre as dificuldades na representatividade e na legitimidade de conselheiros, enfim, sobre os desafios que precisam ser solucionados. Entretanto, acredito na mudança e na força do controle social.

Relato pessoal de participação na 16ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, no período de 04 a 07 de agosto de 2019.

A experiência de ter sido eleita delegada na etapa estadual e representado o meu estado na Conferência Nacional, teve significado ímpar para mim como militante do

Sistema Único de Saúde (SUS).

Para além da alegria em vivenciar, experienciar, testemunhar a participação da comunidade na gestão do SUS, ressalto alguns aspectos vivenciados e que possibilitaram reflexões, em diferentes ordens, relacionados à minha participação na etapa nacional da 16ª Conferência de Saúde. A caminhada iniciou-se muitos meses antes, mais precisamente nas etapas municipais. Tive a honra de ter sido convidada por vários gestores e conselheiros municipais para atuar como conferencista. Mesmo não dispondo de condições para atender a todos os convites, me dediquei integralmente àquelas cujas datas de realização de suas respectivas conferências possibilitaram com que eu readequasse e reagendasse muitos compromissos de trabalho nos vínculos institucionais, na UFMA (com os discentes do Curso de Enfermagem, dos cinco grupos de prática da disciplina Gestão e Gerência da Rede Básica), no Departamento de IST/HIV/Aids/Hepatites Virais da Secretaria de Estado da Saúde, e ainda, em diversos Órgãos e Entidades e outras instituições.

Foram menos de três meses, de uma agenda múltipla e intensa, contribuindo como conferencista em 11 conferências municipais de saúde, 2 conferências livres e outras temáticas. Também participei como delegada das conferências de São Luís (meu município) e da Estadual. Agradeço a Deus pela permissão e à família pelo apoio incondicional. Uma experiência incrível e indescritível de exercício da cidadania! A certeza de estar cumprindo o meu papel social em busca da consolidação do SUS e do fortalecimento do controle social, supera as meras palavras aqui descritas.

Em Brasília, na Conferência Nacional, a emoção continuou a aflorar! Desde o momento do credenciamento, recebimento do material e da programação, até o horário da abertura, mantive-me presente no local, que era simples, mas funcional, organizado e amplo. Apesar de não ter sido a primeira Conferência Nacional de Saúde, na verdade, já estive em tantas outras, não encontro palavras para descrever o mix de sentimentos e emoções, juntamente por saber da magnitude e relevância. A solenidade de abertura foi grandiosa, contou com muitas autoridades e muitos convidados e muitas homenagens. Ficou evidente a enorme quantidade de participantes. Contudo, o que mais chamou a atenção de todos, foi a demonstração de insatisfação, as vaias, as palavras de ordem... simplesmente de arrepiar! Como foi bom estar ali, viver intensamente cada momento. Os conferencistas, os moderadores e os participantes das mesas foram competentes e demonstraram domínio das temáticas. A participação dos conselheiros nacionais foi um show à parte, todos cientes do compromisso para êxito de uma conferência histórica.

Mais de 5 mil participantes de todas as unidades da federação. Foi desafiador acompanhar toda programação, enfrentar filas (intermináveis) para entrada de

auditórios, salas, banheiros, ônibus, refeições (cheguei a passar 55 minutos para ter acesso ao almoço), dentre outros. Nossa delegação do Maranhão participou de tudo. Não conseguimos nos sentar todos juntos, mas isso não diminuiu o brilho. A cada encontro de grupo de delegados: uma comemoração, muitas fotos, muitos relatos emocionados. Testemunhei a maioria dos delegados interessados, presentes e atuantes. Sem falar as trocas de mensagens pelo WhatsApp. Nos grupos de trabalho, os olhares atenciosos, as contribuições e a árdua defesa das propostas do Maranhão. Sensacional! Praticamente todos atentos, comentando suas atitudes e seus posicionamentos na defesa das propostas. Parabéns!

O ato público em defesa do SUS possibilitou a ida dos delegados às ruas, em frente à Biblioteca Nacional. Uma multidão defendendo o SUS e exigindo seu fortalecimento e mais investimentos. Um marco histórico, no dia 5 de agosto de 2019, um manifesto "SUS, Saúde e Democracia: desafios para o Brasil", apresentado e assinado por cinco ex-ministros da Saúde, publicizando a saúde como "valor solidário", direito de cidadania e dever do Estado que nunca esteve tão ameaçada como agora. Vários deputados, alguns vereadores, lideranças sindicais e de movimentos sociais, ex-ministros, expressando com vigor seus posicionamentos. Destaco, também, um áudio do Governador do MA (um "paraíba" estadista) com mensagem a todos participantes. Foi simplesmente revigorante! Emoção pura! Orgulho de ser maranhense/paraíba!

Na 16ª Conferência, toda programação foi seguida de múltiplas e simultâneas atividades, com clima de tranquilidade, possibilitando a valorização da luta. Convivi com muitos participantes conscientes, propondo e expressando um conjunto variado de sentimentos e atitudes, que mesclavam indignações e exigências por melhorias. A plenária final deliberativa foi objetiva e permitiu o enceramento com chave de ouro. Entre os membros da nossa delegação, ficou evidente a satisfação e a alegria em participar e contribuir. Vários relatos motivadores. Percebeu-se a ressignificação do valor do controle social e o desejo de continuar a luta no cotidiano, para a implementação das propostas aprovadas e, principalmente junto aos respectivos Conselhos Municipais, para devolutiva e busca de políticas universais e equânime. Avante, a luta continua!

Relato pessoal de participação na 16ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, no período de 04 a 07 de agosto de 2019.

Lembro-me de cada viagem. Utilizei diferentes meios de transportes (aéreo, terrestre e marítimo) nos mais variados horários, muitas madrugadas, sol, chuva, sem falar as péssimas condições da maioria das rodovias. Esses aspectos favoreceram

para a valorização de cada conferência municipal de saúde que contribuí como conferencista. Destaco o aprendizado! Antes do aceite de participação, solicitava o respectivo plano municipal de saúde, o que possibilitava o debate apropriado sobre cada realidade local, com a inclusão de importantes e variados aspectos no material da apresentação personalizada. A consulta ao site do Ministério da Saúde, para obter mais informações sobre os programas, as políticas e os projetos existentes, era constante. Isso foi enriquecedor, UM DIFERENCIAL! Lembro também a satisfação de desfrutar da companhia de algumas conselheiras de São Luís, as técnicas da SES-MA e a apoiadora do COSEMS, que aceitaram o convite de me acompanharem. Sentia-me fortalecida e com maior responsabilidade.

A minha primeira participação, como conferencista, ocorreu em São Luís (meu município), na Conferência Livre de Vigilância em Saúde, promovida pela SES-MA, em que abordei sobre o Direito à Saúde. Foi um acontecimento emocionante e único! Ainda em março, contribuí nas Pré-conferências Distritais da Cohab, Bequimão e Itaqui-Bacanga. De cada uma, guardo lembranças maravilhosas dos debates, dos questionamentos e do apoio na elaboração das propostas. Testemunhei profissionais de saúde, dirigentes de unidades de saúde, conselheiros, lideranças comunitárias e cidadãos aguerridos. Ainda no mesmo mês, participei, em São Mateus-MA, da 12ª Conferência Municipal de Saúde. Em abril, estive em outros municípios do Maranhão e contribuí na 7ª Conferência Municipal de Saúde de Bacurituba, na 10ª Conferência Municipal de Saúde de Bom Jesus das Selvas (ocorrida em dois dias), na 9ª Conferência Municipal de Saúde de São João Batista, na 8ª Conferência Municipal de Saúde de Bacabeira e na 12ª Conferência Municipal de Saúde de Amarante (também realizada em dois dias). Lembro-me de ter disponibilizado material para vários profissionais que colaboraram também como conferencistas em outros municípios.

Nos dias 25 e 26 abril, aconteceu a 12 ª Conferência Municipal de Saúde de São Luís do Maranhão, meu município. Quantos desafios para o aprimoramento do modelo de atenção à saúde, discussões sobre a necessidade de repactuação e de desenvolvimento da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde, enfim, muitos debates e elaboração das propostas. Agora a luta é pela implementação dessas propostas. Foi uma excelente conferência. Os discentes de enfermagem também estavam presentes acompanhando toda programação. O processo eleitoral foi tenso! Fiquei entre os delegados eleitos para participar da etapa estadual. Valeu muito cada momento!

Em maio, o cronograma foi muito apertado. Foi desafiador, conciliar as viagens com as aulas na UFMA e o trabalho técnico na Secretaria de Saúde. Por outro lado, enriquecia as aulas pelos relatos da experiência vivenciada. Estive participando, também em outros municípios do Estado do Maranhão, como conferencista na

11ª Conferência Municipal de Saúde de Icatu, na 4ª Conferência Municipal de Saúde de Alcântara, na 8ª Conferência Municipal de Saúde Santa Quitéria e na 12ª Conferência Municipal de Saúde Paço do Lumiar. Também contribuí nos debates e como conferencista na Conferência Livre de Saúde da Mulher na capital e na 8ª Conferência Municipal de Saúde de Anajatuba. Relembro com carinho a acolhida, o apoio, a atenção de gestores, trabalhadores e usuários de todos os municípios onde estive. Foi um privilégio conhecer novas pessoas e profissionais e reencontrar "velhos" amigos e militantes do SUS. Recordo os auditórios, as escolas, o centro de convenções, os salões de igrejas, todos os locais lotados com participantes interessados, minha abordagem sobre a temática proposta e minha participação dos grupos e das plenárias. Foram muitas mesas de debates, muitos questionamentos, alguns enfrentamentos e discordâncias de pontos de vista, mas tudo vivenciado com ética e respeito. Tenho um amplo acervo de fotos, com registros de abraços, sorrisos, lágrimas (sim, choro de alegria). Quanta atenção, quanto cuidado e quantas demonstrações de carinho eu recebi em todos os municípios. Muitas emoções! Acreditem, escrevo neste momento com lágrimas nos olhos, peito apertado e com a certeza do dever cumprido.

Não posso deixar de registrar minha satisfação e o quanto considero grandioso estar conselheira de saúde e poder participar de diferentes formas e de todas as etapas. Na etapa estadual, que aconteceu no período de 5 a 7 de junho, na capital, participei integralmente e colaborei com os grupos de trabalho no eixo do financiamento, que exigiu posicionamentos argumentativos firmes. Cabe um destaque: eu estava de atestado médico, alta melhorada (e não por cura), com o diagnóstico de broncopneumonia, (aguda e severa), saindo de 10 dias internação. Sem contar os dias que fiquei na urgência e no setor de observação. Confesso, foi um susto! Como assim? Não estava acreditando, muitos procedimentos administrativos e assistenciais, e eu extremamente preocupada com a possibilidade de não participação na Conferência Estadual. Afinal, uma internação mexe com o emocional, limita o convívio familiar e de amigos, rompe uma dinâmica de ações e programações e impacta diretamente o agir... (imaginem!) de uma pessoa com meu perfil "inquieta".

A 10ª Conferência Estadual de Saúde foi exitosa, seguiu a programação, contou com a presença do gestor estadual e outras autoridades e convidados, entre eles, os conselheiros nacionais. Foi uma honra tê-los conosco. Houve uma boa participação e representação no evento, com conferencistas entusiasmados cumprindo seus papéis. Um fato que considero lamentável, foi quando a plenária votou pela não aceitação de participação de algumas delegações municipais que realizaram conferências e não enviaram o relatório. Ficou a lição: cumprimos os regimentos, regulamentos e prazos. O processo eleitoral foi tenso, faltou mediação

em alguns segmentos e demora na publicação final dos eleitos no encerramento. Concorri a uma vaga de delegada do segmento gestor/prestador por São Luís. Estava cansada, mas feliz. Fui eleita para compor e integrar a delegação estadual que contava com 100 delegados A Secretaria Executiva do CES-MA se responsabilizou, com competência e tranquilidade, pela viagem aérea. Aproveito para agradecer e parabenizar pelo esforço e dedicação. Estávamos bem informados, motivados e cheios de boas expectativas.

Silvia Cristina Viana Silva Lima

Conselheira municipal da
capital maranhense, no segmento gestor/
prestador de saúde. Docente UFMA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, a saúde passa a ser instituída como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas para o desenvolvimento de ações e serviços pela interação dos entes: União, Estado, Distrito Federal e Município, a partir da Constituição Cidadã de 1998.

O conteúdo do material revelou que a gestão da saúde da população deve ocorrer com: o equilíbrio/balanceamento entre a oferta de ações e serviços e a demanda; comunicação eficaz em todos os níveis, para acesso e acolhimento aos serviços; (re)organização das intervenções na estrutura e nos macros e microprocessos da atenção primária em saúde, para a sustentabilidade do SUS, com financiamento adequado, modelos organizacionais inovadores, envolvendo a atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar para alcance de qualidade com possibilidade de efetivar as Redes de Atenção.

Evidenciou-se que a relação Estado e Sociedade Civil no tocante às políticas de saúde exige uma abordagem holística, multidimensional e interdisciplinar. Envolve todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, e requer ações intra e intersetoriais ampliadas, a partir do arcabouço legal já instituído e que precisa ser efetivado.

A participação dos cidadãos e cidadãs na gestão pública envolve a fiscalização, monitoramento e controle das ações da Administração Pública, os quais acompanham as ações dos governos e cobram uma boa gestão pública, fortalecendo o controle social e contribuindo para a garantia do direito à saúde.

O material revelou que a personagem Vitória é uma conselheira consciente de seu papel, que sabe que os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições e em parceria com outros órgãos de controle, cumprem às normas e leis vigentes no SUS. A conselheira sonha com um SUS forte, integralmente resolutivo e com investimentos robustos na qualificação dos conselheiros e conselheiras para efetivamente contribuírem na consolidação das Políticas Públicas de Saúde no Brasil.

E por final, podemos destacar a importância de transformar relatos em fatos, no que se refere à produção de conhecimento científico e documental. Esta transformação requer tempo, dedicação, energia, organização e paixão pela saúde pública e coletiva. A conclusão deste material não se baseia na finalização da nossa tarefa, ou seja, na chegada a um ponto de excelência da oferta dos serviços alinhada a um patamar satisfatório de qualidade de vida da população. Na atual conjuntura, vivemos o oposto da situação desejada, o que impele acadêmicos, pesquisadores e gestores a darem continuidade a ações, agora, pela defesa do SUS, diante de iniciativas governamentais, as quais se distanciam dos princípios organizacionais este sistema.

Neste cenário temeroso para a permanência de políticas públicas, dentre elas as de saúde que fundamentam a sustentabilidade do SUS, a atuação para promover cursos e disciplinas de pós-graduação com a temática da saúde coletiva surge como uma oportunidade para cultivar momentos protegidos para estudo, discussão, proposição e reflexões que venham a contribuir para o SUS.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf. Acesso em: 22 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 48-54, 24 dez. 2011. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=24/10/2011&jornal=1&pagina=48&totalArquivos=128. Acesso em: 22 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamentação da Lei nº 8.080/90. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 16 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508_1ed.pdf. Acesso em: 22 out. 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 2016a. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 22 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de planejamento no SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b. 138 p. (Série Articulação Interfederativa, v. 4). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 22 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 15 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_1_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 03 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017f. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida---o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf. Acesso em: 28 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.** Dispõe sobre a consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017g. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 21 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução CIT nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 58, p. 135, 26 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, edição 220, p. 97, 13 nov. 2019. Disponível em: https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=515&pagina=97&data=13/11/2019. Acesso em: 21 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de planejamento no SUS.** – 1. ed. rev. Brasília, 2016. 138 p.: il. (Série Articulação Interfederativa; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamentação da Lei nº 8.080/90. 1. ed. 4. reimpr. Brasília, 2013. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de planejamento no SUS.** – 1. ed. rev. Brasília, 2016. 138 p.: il. (Série Articulação Interfederativa; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamentação da Lei nº 8.080/90. 1. ed. 4. reimpr. Brasília, 2013. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS Nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de planejamento no SUS.** – 1. ed. rev. Brasília, 2016. 138 p.: il. (Série Articulação Interfederativa; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamentação da Lei nº 8.080/90. 1. ed. 4. reimpr. Brasília, 2013. 16 p.

BRASIL, Ministério da Saúde - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) Organização Panamericana da Saúde (OPAS) Observatório de Políticas de Segurança Alimentar e Nutrição (OPSAN) Universidade de Brasília (UnB). **Curso de auto aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde 2012.** Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile. php/4175045/mod_resource/content/1/ Apostila%20MS%20%20RAS_ curso%20completo-Módulo%202-APS%20nas%20RAS%20 -%20Pg. Acesso em: 13 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. I**mplantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Brasília, 2014.160 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_ saude_sas. pdf. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 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). Brasília, 2010.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação GM/MS Nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. **O Sistema Público Brasileiro. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas.** São Paulo, Brasil, 2002.

BRASIL. **Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080. Brasília, 2011.

BRASIL. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação comunitária da gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 dez. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010.

DALGREN G, Whitehead M. Policies ands strategies to promote social equity in heath. Stockholm: for future, 1991.

FRANCO, Adriana Maria. Gestão Municipal de Saúde: Limites e Possibilidades de Gestão na Percepção dos Secretários de Saúde da AMREC. 2011. 57 p. Monografia do Curso de MBA em Gestão Empresarial, da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, Criciúma.

FALLEIROS, Ialê (org.). **Na corda bamba de sombrinha:** a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC; FIOCRUZ/EPSJV, 2010. p. 111-150. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/cap_4.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

GUIZARDI, F. L. et al. Participação da comunidade em espaços públicos de saúde: uma análise das conferências nacionais de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 15- 39, 2004.

_____. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, e o Decreto 7508/11, de 28 de junho de 2011 que dispõe sobre a organização do SUS. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.html.
_____. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. In: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm, obtido em: 25/01/2021. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde.

LIMA, Dartel Ferrari de e LIMA, Lohran Anguera. O controle social no Sistema Único de Saúde: um olhar crítico à Resolução nº 453/2012. Saúde em Debate [online]. 2017, v. 41, n. 115 [Acessado 23 Janeiro 2021] , pp. 1168-1176. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711514>. ISSN 2358-2898. https://doi.org/10.1590/0103-1104201711514.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 21 maio 2020.
MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 21 maio 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Construção social da atenção primária à saúde.** Brasília, DF: CONASS, 2015. 193 p. Disponível em: https://joserobertoafonso.com.br/attachment/5255. Acesso em: 21 maio 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS.** Brasília, DF: CONASS, 2019. 869 p. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf. Acesso em: 21 maio 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília: CONASS, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. A governança regional das redes de atenção à saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **CONASS Debate**: Governança regional das redes de atenção à saúde. Brasília: CONASS, 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Desafios do SUS**. Brasília: CONASS, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. A governança regional das redes de atenção à saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **CONASS Debate**: Governança regional das redes de atenção à saúde. Brasília: CONASS, 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES EV. As redes de assistência à saúde. Brasília-DF, 2019.

MENDES EV. A construção social da APS. Brasília-DF, 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en&nrm=iso>. access on 25 Jan. 2021. https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7114.pdf. Acesso em: 21 maio 2020.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. O Sistema Único de Saúde – SUS. In: Giovanella, Lígia et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-472.

OLIVEIRA, André Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Encontros Teológicos nº 61**, ano 27, n. 1, p. 31-42, 2012. Disponível em: https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/viewFile/198/189. Acesso em: 15 out. 2020.

OPAS. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS/OMS, 2018. 222 p. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/49663. Acesso em: 20 maio 2020.

PAIM, Jairnilson et al. O sistema brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, n. 9, p. 11-31, maio. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema brasileiro: história, avanços e desafios". **The Lancet** [online]. 9 May, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_ brasil_1.pdf. Acesso em: 26 nov. 2020.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet** [online]. 9 May, 2011. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=90961. Acesso em: 26 nov. 2020.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema brasileiro: história, avanços e desafios". **The Lancet** [online]. 9 May, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_ brasil_1.pdf. Acesso em: 26 nov. 2020.

PAIM; Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos Thirty years of the Unified Health System (SUS) DOI: 1 ARRETCHE M. A agenda institucional. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 22(64): 147-151, 2007.

PLANIFICASUS: Workshop de abertura – A Planificação da Atenção à Saúde / Sociedade Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo, 2019.

PONTE, Carlos Fidelis; REIS, José Roberto Franco; FONSECA, Cristina M. O. Saúde pública e medicina previdenciária: complementares ou excludentes? In: PONTE, Carlos Fidelis;

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/physis/v27n2/1809-4481-physis-27-02-00255.pdf. Acesso em: 15 out. 2020.

RAMOS, Edith Maria Barbosa. O federalismo e o direito à saúde na Constituição Federal de 1988: limites e possibilidades ao estabelecimento de um autêntico federalismo sanitário cooperativo no Brasil. Revista Jurídica do Unicuritiba, v. 4, n.49, 2017. p. 304-330.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas públicas de saúde:** Sistema Único de Saúde. São Paulo: UNA SUS, UNIFESP, 2010. 18 p. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf. Acesso em: 20 maio 2020.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (art. 2º ao art. 3º) **Anexo I Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS.** Disponível em: http://bvsms. saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (art. 2º ao art. 3º) **Anexo I Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS.** Disponível em: http://bvsms. saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html.

ROLIM, B. L. et al. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

SALES et al; Brazilian health system: challenges, advances and discussions in 30 years of history. O sistema único de saúde: desafios, avanços e debates em 30 anos de história. Revista Humanidades e Inovação v.6, n.17 –2019.

SILVA, Julia Ventura Gomes da. **Entre liberdade e igualdade:** a cidadania em um “outro mundo possível.”. 2011. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Sociologia e Política, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=19339@1. Acesso em: 20 maio 2020.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.726 p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf. Acesso em: 20 maio 2020.

STARFIELD, Bárbara . Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2004.

UNESCO BRASIL. **Declaração universal dos direitos humanos:** adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Brasília: UNESCO Brasil, 1998. 6 p. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000139423. Acesso em: 15 out. 2020.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 1565-1577, set./out. 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a30v14s1.pdf. Acesso em: 12 nov. 2020.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA (PARA SABER MAIS):

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.** Dispõe sobre a consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017g. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html. Acesso em: 21 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS) Ministério da Saúde - Brasil:** versão Profissionais de Saúde e Gestores. Brasília, 2020. 85 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf. Acesso em: 5 nov. 2020.

CNS. **Relatório Nacional Consolidado:** 16ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: CNS, 2019. 90 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/16_conferencia_nacional_saude_relatorio_nacional_consolidado.pdf. Acesso em: 22 out. 2020.

BRASIL. **CONASS Debate:** governança regional das redes de atenção à saúde. Brasília, CONASS, 2016. (CONASS Debate, v. 6). Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-debate-n-6.pdf. Acesso em: 22 out. 2020.

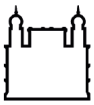
CONASS. Brasília, 2018b. 1 vídeo (43min). Documentário – **Resultados da Planificação da Atenção à Saúde.** Publicado pelo canal conassoficial. Disponível em: https://www.conass.org.br/documentario-resultados-da-planificacao-da-atencao-saude/.

CONASS. **Planificação da Atenção à Saúde:** um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde. Brasília: CONASS, 2018. 300 p. (CONASS Documenta, v.31). Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/caderno-conass-documenta-n-31/. Acesso em: 20 maio 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. A governança regional das redes de atenção à saúde. In: **CONASS Debate:** governança regional das redes de atenção à saúde. Brasília, CONASS, 2016. p. 49-93. (CONASS Debate, v. 6). Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/conass-debate-n-6.pdf. Acesso em: 20 maio 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 20 maio 2020.

TESTONI, Gigli. [S. l.: s. n.], 2016. 1 vídeo (15 min). **Redes de Atenção à Saúde (RAS)** – FOP UNICAMP. Publicado pelo canal Gigli Testoni. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=0N_9KKu15oM&t=154s. Acesso em: 20 maio 2020.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Brasília