



CÓD: OP-183JH-24  
7908403557103

# **BOM JESUS DA LAPA-BA**

**PREFEITURA DE BOM JESUS DA LAPA**

Agente Comunitário de Saúde

**CONCURSO PÚBLICO - EDITAL Nº 02/2024**

## ***Língua Portuguesa***

1. Leitura e compreensão de textos variados . . . . .	5
2. Modos de organização do discurso: descritivo, narrativo, argumentativo, injuntivo, expositivo e dissertativo. Gêneros do discurso: definição, reconhecimento dos elementos básicos . . . . .	5
3. Coesão e coerência: mecanismos, efeitos de sentido no texto . . . . .	6
4. Conectivos: classificação, uso, efeitos de sentido . . . . .	7
5. Relação entre as partes do texto: causa, consequência, comparação, conclusão, exemplificação, generalização, particularização . . . . .	8
6. Verbos: pessoa, número, tempo e modo. Vozes verbais. Transitividade verbal e nominal. Estrutura, classificação e formação de palavras. Funções e classes de palavras. Flexão nominal e verbal. Pronomes: emprego, formas de tratamento e colocação . . . . .	8
7. Acentuação gráfica . . . . .	14
8. Pontuação: regras e efeitos de sentido . . . . .	15
9. Crase . . . . .	18
10. Figuras de linguagem . . . . .	18
11. Sinônimos, antônimos, parônimos e homônimos . . . . .	22
12. Ortografia . . . . .	22
13. Regência verbal e nominal . . . . .	23
14. Sintaxe do Período Simples. Coordenação e subordinação . . . . .	24
15. Recursos gráficos: regras, efeitos de sentido . . . . .	28
16. Funções da linguagem . . . . .	28

## ***Legislação do SUS***

1. A Saúde Pública no Brasil . . . . .	37
2. Sistemas de saúde; História das políticas de saúde no Brasil: retrospectiva . . . . .	37
3. reforma sanitária . . . . .	38
4. Fundamentos do SUS . . . . .	39
5. Regulamento técnico da Atenção às Urgências (Diretrizes Gerais e Componentes da Rede Assistencial) . . . . .	40
6. Gestão do SUS: diretrizes para a gestão do SUS; Descentralização; Regionalização; Financiamento; Regulação; Participação Popular . . . . .	43
7. Responsabilidade sanitária das instâncias gestoras do SUS . . . . .	46
8. Planejamento e Programação . . . . .	47
9. Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria . . . . .	48
10. Política Nacional da Atenção Básica (2017) . . . . .	49
11. Sistema Único de Saúde (SUS); Diretrizes e bases da implantação do SUS . . . . .	49
12. Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde . . . . .	56
13. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças . . . . .	78
14. Modelos de atenção à saúde . . . . .	86
15. Constituição Federal (art. 196 a 200) . . . . .	88
16. Redes de Atenção à Saúde . . . . .	90
17. Atenção Primária à Saúde . . . . .	94
18. Vigilância em Saúde . . . . .	95

---

## ÍNDICE

---

19. Promoção à saúde .....	100
20. Controle social da saúde.....	101
21. Estratégia de Saúde da Família .....	102
22. Determinantes Sociais em Saúde.....	102
23. Política nacional de humanização.....	103
24. Sistemas de informação em saúde .....	108
25. Doenças de notificação compulsória .....	114

### ***Conhecimentos Específicos***

#### ***Agente Comunitário de Saúde***

1. A rede de atenção à saúde.....	121
2. Estratégia Saúde da Família .....	124
3. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde; A família e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde.....	125
4. Problemas comuns na prática do Agente Comunitário de Saúde.....	133
5. Noções de vigilância em saúde .....	139
6. Estatuto do Idoso .....	139
7. Estatuto da Criança e do Adolescente .....	151
8. Noções sobre saneamento básico .....	151
9. Amamentação.....	152
10. Vacinação .....	153
11. Arboviroses (dengue, chikungunya, febre amarela e zika) e o trabalho do Agente Comunitário.....	165
12. Noções básicas do SUS.....	168
13. Ética e cidadania .....	183
14. Noções básicas sobre Sistema de Informação em Saúde .....	184
15. Promoção da saúde .....	187
16. Processo saúde-doença (determinantes e condicionantes das doenças).....	188

---

# LÍNGUA PORTUGUESA

## LEITURA E COMPREENSÃO DE TEXTOS VARIADOS

Compreender e interpretar textos é essencial para que o objetivo de comunicação seja alcançado satisfatoriamente. Com isso, é importante saber diferenciar os dois conceitos. Vale lembrar que o texto pode ser verbal ou não-verbal, desde que tenha um sentido completo.

A **compreensão** se relaciona ao entendimento de um texto e de sua proposta comunicativa, decodificando a mensagem explícita. Só depois de compreender o texto que é possível fazer a sua interpretação.

A **interpretação** são as conclusões que chegamos a partir do conteúdo do texto, isto é, ela se encontra para além daquilo que está escrito ou mostrado. Assim, podemos dizer que a interpretação é subjetiva, contando com o conhecimento prévio e do repertório do leitor.

Dessa maneira, para compreender e interpretar bem um texto, é necessário fazer a decodificação de códigos linguísticos e/ou visuais, isto é, identificar figuras de linguagem, reconhecer o sentido de conjunções e preposições, por exemplo, bem como identificar expressões, gestos e cores quando se trata de imagens.

### Dicas práticas

1. Faça um resumo (pode ser uma palavra, uma frase, um conceito) sobre o assunto e os argumentos apresentados em cada parágrafo, tentando traçar a linha de raciocínio do texto. Se possível, adicione também pensamentos e inferências próprias às anotações.

2. Tenha sempre um dicionário ou uma ferramenta de busca por perto, para poder procurar o significado de palavras desconhecidas.

3. Fique atento aos detalhes oferecidos pelo texto: dados, fonte de referências e datas.

4. Sublinhe as informações importantes, separando fatos de opiniões.

5. Perceba o enunciado das questões. De um modo geral, questões que esperam **compreensão do texto** aparecem com as seguintes expressões: *o autor afirma/sugere que...; segundo o texto...; de acordo com o autor...* Já as questões que esperam **interpretação do texto** aparecem com as seguintes expressões: *conclui-se do texto que...; o texto permite deduzir que...; qual é a intenção do autor quando afirma que...*

## MODOS DE ORGANIZAÇÃO DO DISCURSO: DESCRITIVO, NARRATIVO, ARGUMENTATIVO, INJUNTIVO, EXPOSITIVO E DISSERTATIVO. GÊNEROS DO DISCURSO: DEFINIÇÃO, RECONHECIMENTO DOS ELEMENTOS BÁSICOS

A partir da estrutura linguística, da função social e da finalidade de um texto, é possível identificar a qual tipo e gênero ele pertence. Antes, é preciso entender a diferença entre essas duas classificações.

### Tipos textuais

A tipologia textual se classifica a partir da estrutura e da finalidade do texto, ou seja, está relacionada ao modo como o texto se apresenta. A partir de sua função, é possível estabelecer um padrão específico para se fazer a enunciação.

Veja, no quadro abaixo, os principais tipos e suas características:

<b>TEXTO NARRATIVO</b>	Apresenta um enredo, com ações e relações entre personagens, que ocorre em determinados espaço e tempo. É contado por um narrador, e se estrutura da seguinte maneira: apresentação > desenvolvimento > clímax > desfecho
<b>TEXTO DISSERTATIVO-ARGUMENTATIVO</b>	Tem o objetivo de defender determinado ponto de vista, persuadindo o leitor a partir do uso de argumentos sólidos. Sua estrutura comum é: introdução > desenvolvimento > conclusão.
<b>TEXTO EXPOSITIVO</b>	Procura expor ideias, sem a necessidade de defender algum ponto de vista. Para isso, usa-se comparações, informações, definições, conceitualizações etc. A estrutura segue a do texto dissertativo-argumentativo.
<b>TEXTO DESCRITIVO</b>	Expõe acontecimentos, lugares, pessoas, de modo que sua finalidade é descrever, ou seja, caracterizar algo ou alguém. Com isso, é um texto rico em adjetivos e em verbos de ligação.
<b>TEXTO INJUNTIVO</b>	Oferece instruções, com o objetivo de orientar o leitor. Sua maior característica são os verbos no modo imperativo.

**Gêneros textuais**

A classificação dos gêneros textuais se dá a partir do reconhecimento de certos padrões estruturais que se constituem a partir da função social do texto. No entanto, sua estrutura e seu estilo não são tão limitados e definidos como ocorre na tipologia textual, podendo se apresentar com uma grande diversidade. Além disso, o padrão também pode sofrer modificações ao longo do tempo, assim como a própria língua e a comunicação, no geral.

Alguns exemplos de gêneros textuais:

- Artigo
- Bilhete
- Bula
- Carta
- Conto
- Crônica
- E-mail
- Lista
- Manual
- Notícia
- Poema
- Propaganda
- Receita culinária
- Resenha
- Seminário

Vale lembrar que é comum enquadrar os gêneros textuais em determinados tipos textuais. No entanto, nada impede que um texto literário seja feito com a estruturação de uma receita culinária, por exemplo. Então, fique atento quanto às características, à finalidade e à função social de cada texto analisado.

**COESÃO E COERÊNCIA: MECANISMOS, EFEITOS DE SENTIDO NO TEXTO**

A coerência e a coesão são essenciais na escrita e na interpretação de textos. Ambos se referem à relação adequada entre os componentes do texto, de modo que são independentes entre si. Isso quer dizer que um texto pode estar coeso, porém incoerente, e vice-versa.

Enquanto a coesão tem foco nas questões gramaticais, ou seja, ligação entre palavras, frases e parágrafos, a coerência diz respeito ao conteúdo, isto é, uma sequência lógica entre as ideias.

**Coesão**

A coesão textual ocorre, normalmente, por meio do uso de **conectivos** (preposições, conjunções, advérbios). Ela pode ser obtida a partir da **anáfora** (retoma um componente) e da **catáfora** (antecipa um componente).

Confira, então, as principais regras que garantem a coesão textual:

REGRA	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS
<b>REFERÊNCIA</b>	Pessoal (uso de pronomes pessoais ou possessivos) – anafórica Demonstrativa (uso de pronomes demonstrativos e advérbios) – catafórica Comparativa (uso de comparações por semelhanças)	João e Maria são crianças. <i>Eles</i> são irmãos. Fiz todas as tarefas, exceto <i>esta</i> : colonização africana. Mais um ano <i>igual aos</i> outros...
<b>SUBSTITUIÇÃO</b>	Substituição de um termo por outro, para evitar repetição	Maria está triste. <i>A menina</i> está cansada de ficar em casa.
<b>ELIPSE</b>	Omissão de um termo	No quarto, apenas quatro ou cinco convidados. (omissão do verbo “haver”)
<b>CONJUNÇÃO</b>	Conexão entre duas orações, estabelecendo relação entre elas	Eu queria ir ao cinema, <i>mas</i> estamos de quarentena.
<b>COESÃO LEXICAL</b>	Utilização de sinônimos, hiperônimos, nomes genéricos ou palavras que possuem sentido aproximado e pertencente a um mesmo grupo lexical.	A minha <i>casa</i> é clara. Os <i>quartos</i> , a <i>sala</i> e a <i>cozinha</i> têm janelas grandes.

**Coerência**

Nesse caso, é importante conferir se a mensagem e a conexão de ideias fazem sentido, e seguem uma linha clara de raciocínio.

Existem alguns conceitos básicos que ajudam a garantir a coerência. Veja quais são os principais princípios para um texto coerente:

- **Princípio da não contradição:** não deve haver ideias contraditórias em diferentes partes do texto.
- **Princípio da não tautologia:** a ideia não deve estar redundante, ainda que seja expressa com palavras diferentes.
- **Princípio da relevância:** as ideias devem se relacionar entre si, não sendo fragmentadas nem sem propósito para a argumentação.
- **Princípio da continuidade temática:** é preciso que o assunto tenha um seguimento em relação ao assunto tratado.
- **Princípio da progressão semântica:** inserir informações novas, que sejam ordenadas de maneira adequada em relação à progressão de ideias.

Para atender a todos os princípios, alguns fatores são recomendáveis para garantir a coerência textual, como amplo **conhecimento de mundo**, isto é, a bagagem de informações que adquirimos ao longo da vida; **inferências** acerca do conhecimento de mundo do leitor; e **informatividade**, ou seja, conhecimentos ricos, interessantes e pouco previsíveis.

**CONNECTIVOS: CLASSIFICAÇÃO, USO, EFEITOS DE SENTIDO**

**CONNECTORES<sup>1</sup>**

Os conectores são, assim, palavras ou expressões que se utilizam para especificar as relações entre vários segmentos linguísticos de um texto - servem para associar as ideias e estabelecer ligações entre elas.

O uso correto de conectores permite uma maior coesão textual e envolve uma compreensão facilitada da globalidade do texto.

Os conectores pertencem a diversas classes de palavras - conjunções (ou locuções conjuntivas) coordenativas e subordinativas, advérbios (ou locuções adverbiais), preposições (ou locuções prepositivas), expressões adjetivas ou até orações completas.

**Tipos de Conectores**

**Adição** - e, nem, pois, além disso, e ainda, não só...mas também, como ainda, bem como...assim como, por um lado...por outro lado, depois, logo após, finalmente, em primeiro lugar, em segundo lugar, do mesmo modo, igualmente, de igual modo, da mesma maneira, de igual maneira, de novo, novamente, também, primeiramente, da mesma forma, de igual forma, ultimamente, opostamente, de modo oposto, de maneira oposta, por último...

**Alternativa** - ou, ou...ou, ora...ora, já...já, seja...seja, quer...quer, talvez...talvez, não...nem, em alternativa...

**Certeza / afirmação** - certamente, é evidente que, com certeza, decerto, naturalmente, que, sem dúvida, sem dúvida que, de certo, é óbvio que, evidentemente, obviamente, verdadeiramente, de verdade, verdadeiramente, realmente, exato, exatamente, com exatidão...

**Conformidade** - consoante, conforme, segundo, como, de acordo com

<sup>1</sup> Livro de Gramática "Saber Português Hoje - ensino secundário"

**Comparação** - como, também, conforme, tanto...quanto, tal como, assim como, bem como, pela mesma razão, de forma idêntica, de forma similar...

**Concessão** - embora, conquanto, ainda que, mesmo que, mesmo quando, se bem que, apesar de, ainda assim, mesmo assim, por mais que, de qualquer forma, posto que, malgrado, não obstante, inobstante, em que pese, independentemente de...

**Conclusão / síntese / resumo** - pois, portanto, por conseguinte, assim, logo, enfim, concluindo, conclusivamente, em conclusão, em síntese, consequentemente, em consequência, por outras palavras, ou seja, em resumo, ou melhor, pois, por isso, deste modo, em suma, sintetizando, finalizando...

**Condição** - se, caso, desde que, contanto que, exceto se, salvo se, a menos que, a não ser que, sem que, uma vez que (seguida de verbo no subjuntivo)

**Confirmação** - com efeito, efetivamente, na verdade, de fato, factualmente, verdade, verdadeiramente, óbvio, obviamente...

**Consequência** - pelo que, de modo que, de forma que, de maneira que, de sorte que, de jeito que, daí que, tão... que, tal... que, tanto... que, tamanho... que, por tudo isso, consequentemente, por conseguinte, como consequência...

**Dúvida** - Talvez, possivelmente, provavelmente, é possível que, é provável que, porventura, quiçá, acaso, quem sabe, por certo...

**Explicitação / particularização** - quer isto dizer, isto (não) significa que, por outras palavras, isto é, por exemplo, ou seja, é o caso de, nomeadamente, em particular, a saber, entre outros, especificamente...

**Finalidade / intencionalidade** - com o fim de, com intuito, para (que), a fim de (que), com o objetivo de, de forma a, com o fim / com o objetivo de / com o propósito de / com intuito de / com a intenção de, com o fito de, que, porque (= para que)...

**Modo / forma / maneira** - bem, mal, assim, depressa, devagar, melhor, pior, rapidamente, calmamente, facilmente e a maioria dos advérbios terminados em -mente, à toa, à vontade, às claras, às escuras, à pressas, à francesa, às escondidas, em silêncio, em vão, sem medo, de mansinho, ao vivo

**Necessidade / obrigação** - faz-se mister, é necessário que, faz-se urgente que, urge que, é preciso que, é dever, torna-se imprescindível que

**Opinião** - na minha opinião, a meu ver, em meu entender, parece-me que, estou em crer que...

**Oposição / contraste** - mas, porém, todavia, contudo, entretanto, no entanto, senão (= mas sim) contrariamente, em vez de, ao invés de, pelo contrário, por oposição, oposto, opostamente, doutro modo, ao contrário, não obstante, por outro lado...

**Proporção / proporcionalidade** - ao passo que, à medida que, à proporção que, quanto mais, tanto mais, enquanto

**Reafirmação / confirmação / resumo** - ou seja, ou melhor, ou antes, isto é, digo, por assim dizer, por outras palavras, com efeito, efetivamente, na verdade, de fato, de tato, em suma, em resumo, resumidamente...

**Reformulação** - quer dizer, mais corretamente, mais precisamente, ou melhor, dito de outro modo, numa palavra, noutros termos, por outras palavras...

**Razão / motivo / causa** - porque, já que, visto que, uma vez que, porquanto, como (= porque), na medida em que, devido a, em virtude de, em razão de, em vista de, tendo em vista que, em face de, em decorrência de

**Sequência** - começando, primeiramente, para começar, em primeiro lugar, num primeiro momento, antes de, em segundo lugar, em seguida, logo após, depois de, por último, concluindo, para terminar, em conclusão, em síntese, finalizando...

**Sequência temporal** - Hoje, ontem, agora, amanhã, ainda, cedo, depois, tarde, antes

**Sequência geográfica / espacial** - Aqui, ali, aí, lá, perto, longe, dentro, fora, à direita, à esquerda, à frente, acima, abaixo, à distância, de longe, de perto

**Tempo** - quando, enquanto, até que, antes que, logo que, assim que, depois que, sempre que, desde que, desde quando, todas as vezes, senão quando, ao tempo que, mal...

**Negação** - não, nunca, tampouco, jamais, nada, ninguém, de modo algum, de jeito nenhum, em hipótese alguma

**Ordem** - ultimamente, primeiramente, antes, depois...

**Designação** - eis, vede, aqui está...

**Realce / função expletiva** - cá, lá, só, é que, ainda, mas...

**Inclusão / exclusão** - também, até, mesmo, inclusive, só, salvo, menos, apenas, senão, exclusive, fora, tirante, sequer...

**Intensidade / quantidade** - muito, pouco, bastante, mais, menos, tão, tanto, quase, demais...

**RELAÇÃO ENTRE AS PARTES DO TEXTO: CAUSA, CONSEQUÊNCIA, COMPARAÇÃO, CONCLUSÃO, EXEMPLIFICAÇÃO, GENERALIZAÇÃO, PARTICULARIZAÇÃO**

Prezado Candidato, o tema acima supracitado, já foi abordado em tópicos anteriores.

**VERBOS: PESSOA, NÚMERO, TEMPO E MODO. VOZES VERBAIS. TRANSITIVIDADE VERBAL E NOMINAL. ESTRUTURA, CLASSIFICAÇÃO E FORMAÇÃO DE PALAVRAS. FUNÇÕES E CLASSES DE PALAVRAS. FLEXÃO NOMINAL E VERBAL. PRONOMES: EMPREGO, FORMAS DE TRATAMENTO E COLOCAÇÃO**

Para entender sobre a estrutura das funções sintáticas, é preciso conhecer as classes de palavras, também conhecidas por classes morfológicas. A gramática tradicional pressupõe 10 classes gramaticais de palavras, sendo elas: adjetivo, advérbio, artigo, conjunção, interjeição, numeral, pronome, preposição, substantivo e verbo.

Veja, a seguir, as características principais de cada uma delas.

CLASSE	CARACTERÍSTICAS	EXEMPLOS
ADJETIVO	Expressar características, qualidades ou estado dos seres Sofre variação em número, gênero e grau	Menina <i>inteligente</i> ... Roupa <i>azul-marinho</i> ... Brincadeira <i>de criança</i> ... Povo <i>brasileiro</i> ...
ADVÉRBIO	Indica circunstância em que ocorre o fato verbal Não sofre variação	A ajuda chegou <i>tarde</i> . A mulher trabalha <i>muito</i> . Ele dirigia <i>mal</i> .
ARTIGO	Determina os substantivos (de modo definido ou indefinido) Varia em gênero e número	A galinha botou <i>um</i> ovo. <i>Uma</i> menina deixou <i>a</i> mochila no ônibus.
CONJUNÇÃO	Liga ideias e sentenças (conhecida também como conectivos) Não sofre variação	Não gosto de refrigerante <i>nem</i> de pizza. Eu vou para a praia <i>ou</i> para a cachoeira?
INTERJEIÇÃO	Exprime reações emotivas e sentimentos Não sofre variação	<i>Ah!</i> Que calor... Escapei por pouco, <i>ufa!</i>
NUMERAL	Atribui quantidade e indica posição em alguma sequência Varia em gênero e número	Gostei muito do <i>primeiro</i> dia de aula. <i>Três</i> é a <i>metade</i> de <i>seis</i> .
PRONOME	Acompanha, substitui ou faz referência ao substantivo Varia em gênero e número	Posso <i>ajudar</i> , senhora? <i>Ela me</i> ajudou muito com o <i>meu</i> trabalho. <i>Esta</i> é a casa <i>onde</i> eu moro. <i>Que</i> dia é hoje?
PREPOSIÇÃO	Relaciona dois termos de uma mesma oração Não sofre variação	Espero <i>por</i> você essa noite. Lucas gosta <i>de</i> tocar violão.



# LEGISLAÇÃO DO SUS

## SISTEMAS DE SAÚDE; HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: RETROSPECTIVA

A história dos sistemas de saúde no Brasil é marcada por um processo de construção e transformação ao longo do tempo. A origem do sistema de saúde no Brasil remonta ao início do século XX, quando foram criados os primeiros serviços de saúde pública, voltados principalmente para o controle de epidemias.

Em 1923, foi criado o Departamento Nacional de Saúde, que tinha como objetivo coordenar as políticas de saúde no país. No entanto, a estruturação de um sistema de saúde universal e integrado só começou a ser construída a partir da Constituição de 1988, que estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) como o sistema de saúde oficial do país.

O SUS foi criado com o objetivo de garantir acesso universal e gratuito aos serviços de saúde para toda a população, independentemente da renda, e de forma descentralizada, com a participação dos estados e municípios na gestão e financiamento dos serviços de saúde. O SUS é financiado por recursos públicos provenientes dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal).

A partir da criação do SUS, foram implementadas políticas públicas e programas de saúde voltados para a atenção primária, prevenção de doenças e promoção da saúde, como o Programa Saúde da Família e o Programa Nacional de Imunizações. Além disso, foram criados mecanismos de regulação e controle da qualidade dos serviços de saúde, como a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

No entanto, o SUS ainda enfrenta desafios em relação ao financiamento e à gestão, com desigualdades regionais e problemas na oferta de serviços de média e alta complexidade. Por isso, é importante continuar investindo na melhoria do sistema de saúde no Brasil, visando garantir o acesso universal e integral aos serviços de saúde para toda a população.

A implementação dos sistemas de saúde no Brasil está diretamente relacionada com a história do país e as transformações sociais, políticas e econômicas ocorridas ao longo do tempo.

No início do século XX, com a urbanização acelerada das cidades e o aumento da migração para o país, surgiram graves problemas de saúde pública, como epidemias de doenças infectocontagiosas, falta de saneamento básico, higiene precária e condições insalubres de trabalho. Diante desse quadro, foram criados os primeiros serviços de saúde pública, com a criação do Departamento Nacional de Saúde, em 1923.

Na década de 1930, com a ascensão do Estado Novo, foram criados órgãos voltados para a saúde pública, como o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) e o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI). Esses órgãos tinham como objetivo garantir o atendimento médico-hospitalar para os trabalhadores urbanos e rurais.

Com a redemocratização do país na década de 1940, foram criados os institutos de previdência social estaduais, responsáveis por prestar assistência médica e hospitalar aos trabalhadores. No entanto, esses institutos eram restritos aos trabalhadores formais e suas famílias, deixando de fora uma grande parcela da população.

Na década de 1960, foram criados os primeiros serviços de medicina preventiva e saúde comunitária, inspirados no modelo cubano de atenção primária à saúde. No entanto, a ditadura militar (1964-1985) interrompeu esses avanços e fortaleceu o modelo curativo e hospitalocêntrico de atendimento à saúde.

A Constituição de 1988, que estabeleceu o SUS como o sistema de saúde oficial do país, marcou uma mudança radical na política de saúde no Brasil. O SUS tem como princípios a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social, visando garantir acesso universal e gratuito aos serviços de saúde para toda a população brasileira.

## A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

### Saúde Pública

A universalidade é a nota característica desse subsistema, que é destinado a toda e qualquer pessoa que dele necessita. Não se limita à prestação de serviços de recuperação, visto que o conceito constitucional é bem mais amplo, dando ênfase à prevenção do risco, através de políticas sociais e econômicas.

A saúde estrutura-se através de um sistema unificado e hierarquizado denominado SUS – Sistema Único de Saúde. As condições de saúde, qualidade de vida e longevidade, influem diretamente no sistema previdenciário, pois, apenas como exemplos, pessoas mais saudáveis, aposentam-se menos por invalidez.

O direito à saúde pública encontra-se positivado na Constituição Federal expressamente nos artigos 6º e 196, sendo um direito social e fundamental, é um dever do Estado. A saúde é inerente ao ser humano, bem como à sua vida com dignidade, sendo fundamento da República Federativa do Brasil, expresso na Constituição Federal em seu artigo 1º, inciso III.

Dentre os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 3º apresenta expressamente a busca por uma sociedade livre, justa e solidária; a erradicação da pobreza e da marginalização, a redução das desigualdades sociais e regionais e por fim promoção do bem de todos. A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196 apresenta a concepção de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado pela Lei Federal nº 8.080, em 1990 – Lei Orgânica da Saúde (LOS) – possui, como princípios, a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência, cabendo a ele a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (art. 6º).



Ambas, a Constituição Federal e a Lei Federal nº 8.080/90 – Lei Orgânica da Saúde – definem o objeto do direito à saúde incorporando o conceito da Organização Mundial da Saúde: “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a simples ausência de doenças e outros danos”.

O direito à saúde é um dever Estado, sendo inerente ao direito à vida com dignidade, concretizando assim o direito fundamental e social. O ser humano é o destinatário destes direitos tutelados na atual Constituição Federal da República de 1988<sup>1</sup>.

As políticas de saúde (SUS), de previdência social e de assistência social se pautam pelos seguintes princípios constitucionais relacionados pelo legislador:

- Universalidade de cobertura e atendimento;
- Uniformidade e equivalência de benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- Seletividade e distributividade na prestação de benefícios e serviços;
- Irredutibilidade do valor dos benefícios;
- Equidade da forma de participação no custeio;
- Diversidade da base de financiamento;
- Caráter democrático e descentralizado de administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

• **Objeto de trabalho:** a saúde pública se dedica aos problemas de saúde, que são relacionados à doenças, mortes, riscos e agravamentos, bem como sua sucessão no âmbito coletivo. Assim, seu objetivo fundamental é a ausência de doenças.

• **Instrumentos de trabalho:** são meios e trabalho característicos da saúde pública as ações isoladas das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica ou de programas como Saúde Materno-Infantil ou Programa Nacional de Imunização. Nessas abordagens biológicas, a Saúde Pública associa o planejamento normativo, a epidemiologia tradicional, além da administração baseada na teoria de Taylor (1856-1915).

• **Principais atividades:** é função do agente de Saúde Pública as tarefas relacionadas às Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica (práticas tradicionais na área da saúde) fazendo sua aplicação aos parâmetros de propagação de doenças (para controle de riscos sanitários), a realização das ações referentes à educação sanitária e a fiscalização da produção e a distribuição de bens e serviços de interesse da saúde na concepção de redução dos riscos, conforme a biomedicina. Além disso, o agente de saúde pública desempenha atividades de planejamento normativo, que estabelecem os objetivos e as metas independentemente dos demais perspectivas do Estado e da distribuição dos poderes sociais e da administração sanitária.

## REFORMA SANITÁRIA

A Reforma Sanitária no Brasil foi um movimento social e político que teve início na década de 1970 e se consolidou na década de 1980, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. O

objetivo principal da reforma foi democratizar o acesso à saúde no país e promover a universalização dos serviços de saúde, a partir de um modelo de gestão participativa e descentralizada.

Antes da dela, a saúde no Brasil era gerida de forma centralizada, com um sistema de saúde marcado pela desigualdade e pela exclusão social. O acesso aos serviços de saúde era restrito a uma pequena parcela da população, que podia pagar por serviços privados, enquanto a maioria da população dependia de serviços públicos precários e subfinanciados.

A Reforma Sanitária propôs uma mudança radical nesse modelo de saúde, com a criação do SUS, que estabeleceu o direito à saúde como um dever do Estado e como um direito universal de todos os cidadãos brasileiros. O SUS é um sistema de saúde público, gratuito e universal, que garante o acesso a serviços de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção. Entre as principais conquistas da Reforma Sanitária no Brasil, destacam-se:

- A criação do SUS, que garante o acesso universal aos serviços de saúde e que é financiado com recursos públicos provenientes dos orçamentos das três esferas de governo (federal, estadual e municipal);
- A descentralização da gestão da saúde, com a criação de Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, que têm autonomia para planejar, gerir e executar ações e serviços de saúde em suas respectivas regiões;
- A criação do Conselho Nacional de Saúde, que é um órgão colegiado de representação social, com a função de fiscalizar, monitorar e avaliar as políticas públicas de saúde no país, garantindo a participação da sociedade civil na gestão do SUS;
- A instituição de políticas públicas de saúde voltadas para a prevenção, promoção e recuperação da saúde, com o objetivo de garantir a integralidade e a equidade do atendimento em saúde.

A Reforma Sanitária no Brasil foi um marco histórico na luta por uma saúde pública de qualidade e por um sistema de saúde justo e igualitário para todos os cidadãos brasileiros.

Os impactos da Reforma Sanitária na saúde atual são significativos e visíveis. A criação do SUS e a implantação de políticas públicas voltadas para a saúde tiveram um impacto direto na melhoria da qualidade de vida e na promoção da saúde da população brasileira. Entre os principais impactos da Reforma Sanitária na saúde atual, destacam-se:

- 1 – Acesso universal aos serviços de saúde:** A criação do SUS garantiu o acesso universal e gratuito aos serviços de saúde para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de sua classe social, renda ou local de residência.
- 2 – Redução da mortalidade infantil e materna:** As políticas de saúde implantadas pelo SUS contribuíram para a redução significativa da mortalidade infantil e materna no país, com a ampliação do acesso a exames pré-natais, partos seguros e serviços de saúde especializados.
- 3 – Prevenção e controle de doenças:** O SUS implantou políticas públicas de prevenção e controle de doenças, como a vacinação em massa da população, o combate à dengue e outras doenças transmitidas por vetores, o controle da tuberculose e outras doenças infecciosas.
- 4 – Ampliação da atenção básica:** A Reforma Sanitária promoveu a ampliação da atenção básica à saúde, com a implantação de equipes multidisciplinares de saúde da família, que levam atendimento de saúde para as comunidades mais carentes e distantes.

<sup>1</sup> LENZA, Pedro. *Direito constitucional esquematizado*. 12 ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2008.

**5 – Humanização do atendimento:** O SUS implantou políticas de humanização do atendimento à saúde, com o objetivo de garantir o acolhimento e o respeito aos usuários, humanizando o atendimento e promovendo a empatia entre profissionais e pacientes.

**6 – Participação social na gestão da saúde:** A Reforma Sanitária promoveu a participação social na gestão da saúde, com a criação do Conselho Nacional de Saúde e de conselhos municipais e estaduais de saúde, que têm a função de fiscalizar e monitorar as políticas públicas de saúde.

Desse modo, a Reforma Sanitária foi fundamental para a construção de um sistema de saúde mais justo e igualitário no Brasil, com o objetivo de garantir o acesso universal e gratuito aos serviços de saúde e promover a qualidade de vida e a saúde da população brasileira. Ela contou com a participação de diversos atores e movimentos sociais que lutaram por um sistema de saúde mais justo e igualitário no país. Entre os principais atores da Reforma Sanitária no Brasil, destacam-se: o movimento sanitário, que foi um movimento social que surgiu nos anos 1970 e que defendia a criação de um sistema de saúde público, universal e gratuito no Brasil, professores, pesquisadores e estudantes de universidades públicas também tiveram um papel importante na construção da Reforma Sanitária, contribuindo com estudos e pesquisas que fundamentaram as políticas de saúde, além de profissionais de saúde, partidos políticos e movimentos sociais.

## FUNDAMENTOS DO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é mundialmente conhecido por ser um dos maiores, mais complexos e mais completos sistemas de saúde vigentes. Ele abrange procedimentos de baixa complexidade, como aqueles oferecidos pela Atenção Primária à Saúde (APS), e de alta complexidade, como por exemplo, transplante de órgãos. Dessa maneira, garante acesso universal e integral, de forma gratuita para a população. O SUS pode ser definido como o conjunto de ações e de serviços de saúde prestados pela federação, junto de seus estados e municípios.

Até meados dos anos 80, a concepção de saúde era dada pela “ausência de doença”, contudo, com o fim da Ditadura Militar e com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), ampliou-se o conceito de saúde pública no Brasil quando propôs a ideia de uma saúde preventiva, participação da população nas decisões envolvendo a saúde brasileira, descentralização dos serviços e mudanças embasadas no direito universal a saúde.

Com a publicação do relatório das decisões e pautas discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal de 1988 foi o primeiro documento a oficializar a saúde no meio jurídico brasileiro, determinando, ainda que seja promovida de forma gratuita, universal e de qualidade, para que todos tenham acesso de maneira igualitária. Dessa forma, a saúde passa a ser um direito do cidadão brasileiro e de todo aquele que estiver em território nacional e um dever do Estado.

Fernando Collor de Mello foi responsável pela sanção das leis que promoviam a criação e a organização do SUS.

**\*OBSERVAÇÃO:** Recomenda-se a leitura na íntegra da Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, ambas da Constituição Federal

**Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990 da Constituição Federal:** Também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, traz em seu texto original: “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação de saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.

Em referência a essa lei, os objetivos do SUS consistem em identificar fatores determinantes da saúde, formular políticas destinadas a promover nos âmbitos econômico e social, condições para pleno exercício da saúde e aplicar ações assistenciais de proteção, promoção e recuperação com enfoque em atividades preventivas.

Além disso, determina atribuições do SUS voltadas para a vigilância sanitária e epidemiológica, participação ativa em estratégias em saneamento básico e o desenvolvimento técnico-científico, com o intuito de ampliar as atribuições sob responsabilidade dos órgãos gestores do SUS, como o Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde.

**Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 da Constituição Federal:** É o resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde. Traz em seu texto original o objetivo: “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”.

A partir da criação dessa lei, foram criados também os Conselhos e as Conferências de Saúde, que são de extrema importância para o controle social do SUS. Os Conselhos de Saúde foram constituídos afim de fiscalizar, formular e promover ações deliberativas acerca das políticas de saúde.

Em seu texto, traz que a Conferência de Saúde é um espaço voltado para discussões sobre as políticas de saúde em todas as esferas governamentais, acontecendo de maneira ordinária a cada 4 anos em formato de fórum de discussão afim de avaliar e propor mudanças e novas políticas de saúde. Dentre as conferências nacionais, a mais importante que já aconteceu até os dias atuais foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que ficou conhecida como o pontapé inicial para a inclusão da saúde no âmbito legislativo do país.

Por fim, determina que a representação dos usuários do SUS dentro desses conselhos e conferências deve ser paritária em relação aos demais seguimentos, em outras palavras, 50% dos representantes devem ser usuários do SUS.

### Princípios do SUS

Para que o SUS tenha a mesma forma de organização e a mesma doutrina em todo o território nacional, fica definido pela Constituição Federal um conjunto de elementos doutrinários e organizacionais.

#### — Princípios Doutrinários do SUS:

**Universalização:** Cabe ao Estado assegurar a saúde como um direito de todas as pessoas, garantindo o acesso a todos os serviços do SUS sem distinção de sexo, raça ou qualquer outra característica pessoal ou social.

**Equidade:** Se faz necessário afim de diminuir desigualdades, visto que, todas as pessoas têm o mesmo direito aos serviços oferecidos pelo SUS, mas possuem necessidades distintas, ou seja, investir onde existe a maior carência de investimentos.

**Integralidade:** Visa tratar as pessoas em um todo, atendendo todas as necessidades de cada indivíduo, de modo a integrar ações de promoção de saúde, prevenção e tratamento de doenças. Ou seja, o sistema de saúde deve estar preparado para acolher o usuário, ouvi-lo e entendê-lo como parte de um contexto social e, assim, identificar suas carências e buscar formas de supri-las.

— **Princípios Organizativos:**

**Regionalização e Hierarquização:** Define que os serviços promovidos pelo SUS devem ser organizados em níveis crescente de complexidade, abrangendo os critérios epidemiológicos, geográficos e baseados na população a ser atendida.

A hierarquização prevê a divisão de níveis de atenção (primário, secundário e terciário) afim de distribuir o atendimento de acordo com a necessidade real do paciente para o setor especializado naquilo que ele precisa.

Enquanto isso, a regionalização dispõe da necessidade de não somente dividir os serviços de saúde, mas também sistematizá-los de maneira eficiente, evitando que dois setores fiquem responsáveis pelo mesmo serviço e, conseqüentemente, poupar que recursos materiais, financeiros e humanos sejam gastos desnecessariamente.

**Descentralização:** A redistribuição do poder ligado as decisões, aos recursos, com o intuito de aproximar a tomada de decisão ao fato, pois entende-se que, dessa maneira, haverá mais chance de acerto. Graças a descentralização, têm-se a tendência da municipalização das decisões a respeito dos serviços de saúde.

**Participação dos cidadãos:** Há a necessidade, embasada a partir das Leis Orgânicas, da participação da população nas decisões relacionadas a administração pública do SUS por meio dos Conselhos de Saúde, sejam eles nacionais, estaduais ou municipais. Além disso, com a ampliação do acesso à internet, foi possível aumentar o debate sobre assuntos importantes para a saúde através de consultas e audiências públicas.

**REGULAMENTO TÉCNICO DA ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS  
(DIRETRIZES GERAIS E COMPONENTES DA REDE  
ASSISTENCIAL)**

**PORTARIA Nº 1.600, DE 7 DE JULHO DE 2011**

*Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).*

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando o conceito da saúde como direito social e de cidadania e como resultante das condições de vida da população, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços, nos termos do que dispõe o artigo 196 da Constituição Federal;

Considerando a necessidade de se trabalhar dentro de um conceito amplo de saúde que direcione a intervenção e resposta às necessidades de saúde, atuando desde a promoção e prevenção,

passando pelo diagnóstico, monitoramento e tratamento, mas também recuperação conforme dispõe o artigo 2º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

Considerando que será necessária a decisão política do conjunto dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) para estímulo à organização e à implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), buscando um pacto cooperativo entre as instâncias de gestão e governança do sistema para garantir os investimentos e recursos necessários a esta mudança;

Considerando que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços de saúde do SUS, possibilitando a resolução integral da demanda ou transferindo-a, responsabilmente, para um serviço de maior complexidade, dentro de um sistema hierarquizado e regulado, organizado em redes regionais de atenção às urgências enquanto elos de uma rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade;

Considerando que para organizar uma rede que atenda aos principais problemas de saúde dos usuários na área de urgência é necessário considerar o perfil epidemiológico no Brasil, onde se evidencia, segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), uma alta morbimortalidade relacionada às violências e acidentes de trânsito até os 40 (quarenta) anos e acima desta faixa uma alta morbimortalidade relacionada às doenças do aparelho circulatório;

Considerando o alto custo sócio-econômico, além dos sofrimentos enfrentados pelas pessoas acometidas por acidentes de trânsito, violências e doenças cardiovasculares no Brasil e a necessidade de intervir de forma mais organizada e efetiva sobre estas doenças e agravos;

Considerando a Portaria nº 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, que institui a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;

Considerando a Portaria nº 344/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que institui o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito - Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde;

Considerando a Portaria nº 2048/GM/MS, de 05 de novembro de 2002, que regulamenta tecnicamente as urgências e emergências;

Considerando a Portaria nº 2.657/GM/MS, de 16 de dezembro de 2004, que estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192);

Considerando a Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que institui a Política Nacional de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 1.097/GM/MS, de 22 de maio de 2006, que define o processo da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 1.559/GM/MS, de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS;

Considerando a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica;

Considerando o avanço nestes últimos anos no processo de implementação do SUS no Brasil, mas também a evidente necessidade de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado, conforme caminho apontado na Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que prioriza a organização e implementação das RAS no país; e

# CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

## Agente Comunitário de Saúde

### A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de menor densidade tecnológica como os de APS devem ser dispersos; ao contrário, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem etc., tendem a ser concentrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

O modo de organizar as RASs define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, espacialmente, de forma ótima.

A organização das RASs, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção.

#### **O Conceito de Redes de Atenção à Saúde**

O conceito de rede tem sido desenvolvido em vários campos como a sociologia, a psicologia social, a administração e a tecnologia de informação.

Para Castells (2000), as redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia. Diferentes conceitos coincidem em elementos comuns das redes: relações relativamente estáveis, autonomia, inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante e duradouro de recursos.

Tapscott (2011) entende que as redes são uma característica fundamental das sociedades pós-industriais: “Na era industrial, tudo é feito para a massa. Criamos a produção de massa, a comunicação de massa, a educação de massa, a democracia de massa. A característica central da sociedade industrial é que as coisas começam com um (aquele que tem o conhecimento) e chegam a muitos (aqueles que não têm o conhecimento). O fluxo é sempre no sentido de um para muitos. No sistema de saúde eu sou o médico, porque tenho o conhecimento, e os outros são os pacientes, não apenas porque estão doentes, mas porque não têm o conhecimento. De novo, é de um para muitos. Na sociedade pós-industrial, o conhecimento será transmitido não mais de um para muitos, mas de um para um ou de muitos para muitos. Será a era da inteligência em rede, num sistema de colaboração de massa”.

As propostas de redes no suporte às políticas públicas têm sido, crescentemente, adotadas, a partir da década de 90, para superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, num contexto de complexificação das questões sociais, de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público. As organizações hierárquicas rígidas caracterizadas por pirâmides hierárquicas e por um modo de produção ditado pelos princípios do taylorismo e do fordismo tendem a ser substituídas por redes estruturadas em tessituras flexíveis e abertas de compartilhamentos e interdependências em objetivos, informações, compromissos e resultados (CAPRA, 2002; INOJOSA, 2008; OUYERNEY, 2008).

As redes têm sido propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos; onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais; onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã (FLEURY e OUYERNEY, 2007). A gestão eficaz das redes implica: trabalhar rotineiramente na produção de consensos; operar com situações em que todos os atores ganhem; harmonizar os decisores políticos e administrativos; negociar as soluções; e monitorar e avaliar permanentemente os processos (AGRANOFF e LINDSAY, 1983).

As redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade,aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações.

As principais vantagens das redes são: a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão de conhecimentos e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos; a legitimação e status, a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações permite reduzir as incertezas nas políticas e nos programas; e benefícios econômicos porque relações de intercâmbio possibilitam ganhos de escala, com redução de custos e melhoria da qualidade (PODOLNY e PAGE, 1998). Por outro lado, certas características das redes limitam sua eficácia ou criam dificuldades para sua gestão: o envolvimento de numerosos atores dificulta a prestação de contas (accountability); o processo de negociação e de formação de consensos pode ser lento; a diluição de responsabilidades pode afetar o alcance dos objetivos; pode se dar a exclusão de atores sociais ou regiões importantes em função da fragilidade dos critérios de participação; e as dificuldades de controle e coordenação das interdependências tendem a gerar problemas na gestão (FLEURY e OUYERNEY, 2007).

Todos esses elementos conceituais e operacionais considerados para as redes em geral devem estar presentes, no plano setorial, nas RASs.

Há, na literatura internacional, várias definições de RASs.

Uma definição muito conhecida é a de um grupo pioneiro de sistemas organizados de prestação de serviços de saúde nos Estados Unidos e que caracteriza essas redes pela presença dos seguintes atributos: foco nas necessidades de saúde da população;



coordenação e integração do cuidado através de um contínuo de atenção; sistemas de informação que ligam as pessoas usuárias, os prestadores de serviços e os gestores nesse contínuo de cuidados; informações sobre custos, qualidade e satisfação das pessoas usuárias; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores e profissionais de saúde em busca dos objetivos; e contínua melhoria dos serviços prestados. Com base nesses elementos definem-se os sistemas organizados de prestação de serviços de saúde como “redes de organizações que prestam um contínuo de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população” (SHORTELL et al.,1996).

A Organização Mundial da Saúde considera que as RASs contêm seis modalidades de integração: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão; e o trabalho intersetorial. A partir dessas modalidades produz uma conceituação de serviços integrados de saúde como “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008b).

A Organização Pan-Americana da Saúde sugere que as redes integradas de serviços de saúde requerem alguns atributos para seu funcionamento: a população/território definida, com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências em serviços de saúde que devem determinar o perfil de oferta das redes de atenção à saúde; a oferta extensa de serviços de saúde que incluam intervenções de saúde pública, de promoção da saúde, de prevenção das doenças, de diagnóstico e tratamento oportunos, de reabilitação e de cuidados paliativos, sob um único guarda-chuva institucional; a APS que atua, de fato, como porta de entrada do sistema de atenção à saúde, que integra e coordena a atenção à saúde e que resolve a maioria das necessidades de saúde da população; a prestação de serviços especializados nos lugares apropriados, especialmente em ambientes extra-hospitalares; a existência de mecanismos de coordenação da atenção ao longo de todo o contínuo de cuidados; a atenção centrada nas pessoas, nas famílias e na comunidade; o sistema de governança participativo e único para toda a rede de atenção à saúde; a gestão integrada dos sistemas administrativos e da clínica; os recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com as redes de atenção à saúde; o sistema de informação integrado e que vincula todos os componentes das redes integradas de serviços de saúde; o financiamento adequado e os incentivos financeiros alinhados com os objetivos das redes integradas de serviços de saúde; e a ação intersetorial ampla. Com base nesses atributos conceitua as redes integradas de serviços de saúde como “uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve” (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2010).

O Ministério da Saúde (2010) explicita os atributos de uma RAS: população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde; extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os pro-

gramas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos; APS estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde; prestação de serviços especializados em lugar adequado; existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população; sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações; participação social ampla; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede; sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes; financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede; ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e gestão baseada em resultados. Com base nesses atributos define RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.

Com base nas concepções mais gerais contidas nas teorias de redes, em vários campos (AGRANOFF e LINDSAY, 1983; PODOLNY e PAGE, 1998; CASTELL, 2000; FLEURY e OUVENEY, 2007), nas conceituações e nos atributos anteriormente referidos, agregando características operacionais temáticas, pode-se definir as RASs como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

Dessa definição emergem os conteúdos básicos das RASs: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população.

Os objetivos de uma RAS são 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 (ROSEN e HAM, 2008).

Para Borzel (1997), as redes são relações não hierárquicas de compartilhamento de objetivos comuns entre vários atores, com troca de recursos entre si, no suposto de que a cooperação é a melhor forma de alcançar esses objetivos.

Nas RASs, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde. Assim, nas redes de atenção à saúde não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos das redes de atenção à saúde; apenas se diferenciam pelas diferentes densidades tecnológicas que os caracterizam. Vistas de outra forma, as organizações hierárquicas ou piramidais corresponderiam a redes em árvore que se caracterizam pela limitação das conexões entre seus diversos ramos e onde predominam os fluxos hierárquicos, de um centro menor para seu superior e, não havendo caminhos alternativos, podem ocorrer pontos de estrangulamento, impedindo o acesso da população aos níveis superiores da hierarquia. Ao contrário, as redes poliárquicas ou redes em malha, em que cada nó se liga a vários outros, permitem percorrer caminhos variados entre esses nós de forma que os diversos ramos estão interconectados (OLIVEIRA et al., 2004).

A concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, piramidal, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Essa concepção é totalmente equivocada tomando-se a significação dicionarizada, e não da teoria da complexidade, de algo complicado e difícil, antônimo de simples (INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS, 2001).

Não é verdade que a APS seja menos complexa que os cuidados de média e alta complexidades. É a APS que deve atender mais de 85% dos problemas de saúde; é aí que situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde: cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física etc. Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Tal visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da APS.

Essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por uma outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes poli-cêntricas horizontais.

As RASs estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento (PORTER e TEISBERG, 2007), o que implica a continuidade da atenção à saúde (atenção primária, atenção secundária e atenção terciária à saúde) e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção da saúde,

de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição).

A RAS assume as responsabilidades econômicas e sanitárias com a sua população adscrita que é, a ela vinculada, na APS.

Somente a atuação de uma RAS vai gerar valor para a população. O valor da atenção à saúde expressa-se na relação entre a qualidade dos resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado da saúde.

### **Os Elementos Constitutivos das Redes de Atenção à Saúde**

As RASs constituem-se de três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde.

#### ***A população***

O primeiro elemento das RASs, e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde baseada na população, uma característica essencial das RASs.

Como se viu, as RASs, nos sistemas privados ou públicos organizados pela competição gerenciada, podem prescindir dos territórios sanitários. Mas não há possibilidades dessas redes, sejam privadas ou públicas, serem implantadas sem uma população adscrita. Assim, as RASs, nos sistemas públicos como o SUS, exigem a construção social de territórios/população.

A população de responsabilidade das RASs vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociossanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Mas não basta o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

O conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociossanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS/Equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

Na concepção de RASs, cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora dessas redes se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada, socialmente, em famílias.

#### ***A Estrutura Operacional DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE***

O segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é a estrutura operacional constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós.

Numa rede, conforme entende Castells (2000), o espaço dos fluxos está constituído por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de

todos os elementos integrados na rede e que são os centros de comunicação, e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e que são os nós da rede.

A estrutura operacional das RASs compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós.

Essa visão de redes de atenção à saúde temáticas nada tem a ver com a concepção dos programas verticais. Os programas verticais são aqueles sistemas de atenção à saúde dirigidos, supervisionados e executados, exclusivamente por meio de recursos especializados (MILLS, 1983). Por exemplo, um programa vertical de tuberculose já se organizou, tempos atrás, com um dispensário de tuberculose, um sanatório de tuberculose, um laboratório para exames de tuberculose etc. Ao contrário, os programas horizontais são aqueles de se estruturam para resolver vários problemas de saúde comuns, estabelecendo visão e objetivos únicos e usando tecnologias e recursos compartilhados para atingir os seus objetivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996). Há estudos que mostram que os programas verticais parecem ter benefícios como a clareza dos objetivos, mas que isso só ocorre no curto prazo e, especialmente em situações de sistemas de atenção à saúde muito pouco desenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1996; CRUZ et al., 2003). Os programas verticais, por outro lado, fragilizam os sistemas de atenção à saúde, desperdiçam recursos escassos e apresentam problemas de sustentabilidade (ATUN et al., 2008). De qualquer forma, as RASs, ainda que estruturadas tematicamente, são incompatíveis com os programas verticais, já que, nelas, conforme se vê na Figura 3, somente os pontos de atenção à saúde secundários e terciários são verdadeiramente temáticos. Diferentemente, a APS, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são comuns a todas as redes e organizam-se de forma transversal nas RASs.

Recentemente, vem-se consolidando, na saúde pública, um posicionamento favorável à superação da falsa dicotomia entre programas verticais e horizontais, estendendo essa metáfora geométrica para os programas diagonais, onde se combinam os objetivos singulares de determinadas condições de saúde com uma estrutura operacional que organize, transversalmente, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos, o sistema de governança e, sobretudo, a APS (FRENK, 2006; UPEKLAR e RAVIGLIONE, 2007; OOMS et al., 2008). A forma mais adequada de se organizarem, diagonalmente, os sistemas de atenção à saúde, é por meio das RASs.

A organização diagonal dos sistemas de atenção à saúde pelas RASs manifesta-se numa parte temática restrita, exclusivamente, aos pontos de atenção secundários e terciários. Isso se impõe em razão da divisão técnica do trabalho que exige, nesses pontos, a especialização. Todos os demais componentes das redes de atenção à saúde, a APS, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são transversais a todas as redes temáticas, sendo, portanto, comuns a todas elas.

## ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

### Histórico

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma iniciativa do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, implementada a partir dos anos 1990. Ela tem suas raízes na busca por um modelo de atenção à saúde mais integral, centrado na família e na comunidade.

A ESF foi oficialmente instituída em 1994 pelo Ministério da Saúde como parte da reorganização do sistema de saúde brasileiro.

### Processo de Implantação

– **Equipes de Saúde da Família:** formadas por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde, são responsáveis por um determinado número de famílias em uma área geográfica delimitada.

– **Cadastramento e Diagnóstico:** as equipes realizam o cadastro das famílias sob sua responsabilidade, fazem diagnósticos de saúde da comunidade e identificam as necessidades locais.

– **Atenção Integral e Continuada:** a ESF visa à promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, garantindo assistência de forma integral e contínua.

– **Visitas Domiciliares:** uma das características marcantes da ESF é a realização de visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde para acompanhamento e identificação de problemas de saúde.

– **Participação Comunitária:** a comunidade é incentivada a participar ativamente das decisões relacionadas à sua saúde, promovendo a autonomia e a coesão.

### Organização

**1. Território de Atuação:** cada equipe de Saúde da Família atende uma população específica em um território delimitado, facilitando o acompanhamento e a personalização da assistência.

**2. Equipe Multidisciplinar:** as equipes são compostas por profissionais de diversas áreas da saúde, permitindo uma abordagem integrada e holística.

**3. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF):** equipes especializadas, como psicólogos, fisioterapeutas e nutricionistas, oferecem suporte às equipes de Saúde da Família.

**4. Centro de Saúde ou Unidade Básica de Saúde (UBS):** as UBSs são a porta de entrada para os serviços de saúde, e a ESF busca integrar suas ações com essas unidades.

### Normatizações

**1. PNAB - Política Nacional de Atenção Básica:** estabelece as diretrizes e normativas para a organização da Atenção Básica no Brasil, incluindo a ESF.

**2. PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica:** Busca incentivar a melhoria contínua da qualidade dos serviços oferecidos pelas equipes de Saúde da Família.

**3. NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde:** define as regras para a organização dos serviços de saúde no SUS.

A Estratégia de Saúde da Família é uma das principais formas de fortalecer a atenção primária no Brasil, contribuindo para a promoção da saúde, prevenção de doenças e oferta de cuidados