

# AÇÕES EM SAÚDE

*Aline Dias da Silva Fragoso  
Débora Regina de Oliveira Silveira  
Raphaella Pimentel Ximenes*

O Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido como um dos melhores sistemas de saúde do mundo, apesar de todas as polêmicas que o circundam – que muito se devem às tentativas de privatização da saúde pública no Brasil. Esse reconhecimento se justifica por diversas razões, dentre as quais destacamos a forma como esse sistema está organizado.

Uma contextualização histórica se faz necessária para compreendermos que a organização do SUS e as ações de saúde desenvolvidas hoje são fruto de uma construção política, vinculada a um projeto de sociedade distinto daquele que marcava o cenário de surgimento do Movimento pela Reforma Sanitária, quando estava em vigência a Ditadura Militar Brasileira, instaurada com o golpe de 1964.

O Movimento pela Reforma Sanitária, que eclodiu na década de 1970, tendo seu marco histórico na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, teve importante papel na organização do sistema de saúde que seria criado a partir dos debates promovidos naquele evento.

A organização política das entidades que compunham o Movimento pela Reforma Sanitária foi um fator fundamental para garantir que a Seção II da Constituição Federal de 1988, que se refere à saúde, expressasse as reivindicações do movimento e da população, apesar dos interesses em disputa e dos conflitos com as representações dos setores privados (BRAVO, 2006).

No texto Constitucional de 1988 temos a conformação da saúde como um direito de todos e dever do Estado. Com a lei nº 8.080/90 houve a regulamentação de um Sistema Único de Saúde (SUS) de caráter público, que agrega princípios que versam a sua organização enquanto sistema universal, igualitário e integral. Esta nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde segue as discussões acumuladas pelo movimento da reforma sanitária, incorporando alguns de seus princípios. Esta lei retoma a perspectiva do conceito ampliado de saúde, na qual é compreendida a partir de seus determinantes e condicionantes.

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (art. 3º, lei 8080/90).

O SUS está organizado em três níveis de atenção:

- A atenção primária envolve ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. As unidades que oferecem estes serviços são as Clínicas da Família e os Centros Municipais de Saúde (CMS);
- Na atenção secundária, as ações e serviços estão voltados para os agravos de saúde da população usuária, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio

diagnóstico e terapêutico. Estes serviços são oferecidos em hospitais municipais e policlínicas, bem como nas unidades de pronto atendimento;

- A atenção terciária envolve procedimentos de alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população o acesso a serviços qualificados, sendo prestados pelas unidades hospitalares de saúde, incluindo hospitais universitários e hospitais de emergência aberta e fechada.

A organização do novo sistema de saúde pública brasileiro passa, portanto, pelo entendimento de que a saúde não é sinônimo de ausência de doenças e que a garantia da saúde pública de qualidade decorre da realização de ações não apenas curativas, mas de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação com vistas a integralidade da saúde.

A Integralidade tem como base os pilares de interdisciplinaridade e intersetorialidade e prevê uma unicidade institucional dos serviços para o conjunto das ações, unificando assistência curativa com assistência preventiva, pressupondo ações de promoção da saúde, prevenção de fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação.

A Promoção da Saúde está relacionada à mudança do modelo médico assistencial curativo, a partir da vigilância epidemiológica e sanitária, controle de vetores, educação em saúde, ações preventivas, participação social e intersetorialidade.

As ações de promoção da saúde incluem os indivíduos, suas famílias, as condições de trabalho, renda, alimentação, estilos de vida, lazer e ações que decorrem da formulação de políticas públicas que possibilitem aos indivíduos e comunidades a realização de escolhas em prol da saúde. Além disso, promoção da saúde significa intervenções sustentadas pela articulação intersetorial e da participação social voltada para a consecução do direito à saúde, operando ações que visem à melhoria das condições de vida. Ações que podem ocorrer no espaço dos serviços de saúde, no espaço do parlamento e no espaço das comunidades (PEDROSA, 2004, p. 3).

Como estratégia para a garantia da integralidade, temos através da portaria 4.279/10 a configuração das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que visam a estruturação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas (MENDES, 2011).

As RASs são definidas a partir de ações e serviços de saúde articulados que visam o enfrentamento de um sistema de saúde fragmentado e organizado em sistemas hierárquicos de atenção (primária, média e alta complexidade) com baixa capacidade de articulação, comunicação e organização de uma atenção contínua, longitudinal e integral.

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 que geram valor para a população” (MENDES, 2011, p. 82).

Neste modelo de organização, a Atenção Primária em Saúde (APS) ganha centralidade na estrutura operacional da RAS, assumindo um importante papel na coordenação do cuidado dos usuários e ordenação do sistema de saúde. As RASs estão estruturadas por diferentes componentes sendo eles: a atenção primária à saúde enquanto centro de comunicação das redes, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança (MENDES, 2011).

Segundo o autor, a APS é responsável pela prestação de serviço não especializado, sendo a porta de entrada do SUS. É responsabilidade das equipes a gestão do projeto terapêutico dos usuários, articulando os diferentes fluxos assistenciais com vistas a garantia do acesso e manutenção do vínculo na continuidade da atenção, mesmo que os usuários estejam em outros pontos de atenção à saúde, tais como as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas entre outros.

Desta forma, a APS possui uma posição estratégica na articulação do fluxo de atenção à saúde do usuário, atentando para a consolidação de um cuidado integral à saúde de forma contínua.

Portanto, a implantação das RASs surge como estratégia para a organização da oferta de serviços de saúde, considerando que a população brasileira enfrenta uma condição de saúde marcada por uma tripla carga de doenças (infectocontagiosas, crônicas e causas externas), entre as quais as condições crônicas requerem cuidados articulados entre os diferentes serviços e pontos de atenção, a partir de uma operação cooperativa e interdependente, com enfoque em instrumentos de comunicação que possibilitem o compartilhamento do cuidado (MENDES, 2008).

No Brasil, o conceito de RAS – sob a ótica organizativa de sistema de saúde, a despeito de estar inserido nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e em suas normativas operacionais – passa a ser mais aplicado a partir do Pacto pela Saúde 2006, que integra a proposta de fortalecimento da regionalização, de interdependência e relacionamento direto entre as três esferas de sua gestão. Com a publicação da Portaria GM/MS nº 4.279/2010 e do Decreto nº 7.508/2011 é disparado um movimento nas regiões de saúde, na direção de se construir e operacionalizar a RAS, com a publicação das diretrizes para a sua organização (NAKATA, 2020, p. 2).

A implementação das RASs se dará a partir da organização e operacionalização de Linhas de Cuidado, a partir de padronizações técnicas que organizam os serviços e sistemas de saúde nos diferentes níveis de atenção, e unificam as ações preventivas, curativas e de reabilitação, proporcionando o acesso a todos os recursos tecnológicos de forma ágil e resolutiva, tendo a APS como o centro de comunicação das redes de atenção e coordenadora do cuidado da população usuária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

A Linha do Cuidado é diferente dos processos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-los também. Ela difere, pois não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços aos quais necessita (FRANCO, 2011, p. 1).

Entretanto, a APS se depara com grandes desafios, devido aos graves problemas estruturais do SUS e ao tensionamento de projetos em disputa em torno da saúde pública no país, que coloca em xeque a capacidade das RASs de superar a fragmentação dos sistemas e serviços de saúde.

O SUS que já vinha sofrendo desmontes desde os anos 1990, enfrenta fortes ataques na atual conjuntura, tendo como cenário um contexto de ofensiva ultraneoliberal, que aprofunda o ataque às políticas públicas e viabiliza cada vez mais o projeto de saúde voltado para o mercado.

No contexto de contrarreforma do Estado, a APS tem a sua potencialidade de ordenação do sistema fragilizada por diferentes fatores: insuficiência de recursos por baixo investimento público; carência de recursos tecnológicos, operacionais e organizacionais; infraestrutura precária; ineficiência da comunicação entre os diferentes níveis de atenção; diminuição e rotatividade das equipes de saúde da família; gestão pelas organizações sociais baseada em um modelo assistencial privatista; processo de regulação lento, burocrático e insuficiente, que resulta em um estrangulamento do acesso aos serviços especializados de média e alta complexidade.

Nesse contexto de subfinanciamento e desmonte da saúde, especialmente no governo Temer com a EC 95/16 e com as novas diretrizes para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), foram intensificados os desafios para a APS no que se refere à sua capacidade de ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado.

O desenho da política pública de saúde indica potencialidades para atender as necessidades de saúde da população e garantir uma atenção baseada no conceito ampliado de saúde, mas encontramos vários impasses no cotidiano, que vêm desde a conquista da saúde enquanto direito da população. Assim, torna-se mais desafiador efetivar o que foi garantido nos aparatos legais do SUS e avançar nas ações de saúde de caráter mais amplo.

Os trabalhadores/as que atuam na Rede de Atenção à Saúde, em seus diferentes níveis de atenção, precisam defender a ampliação e a qualificação das ações de saúde em todas as suas dimensões, exercendo uma atuação crítica fundamentada na compreensão da determinação social do processo saúde-doença, na valorização das ações de promoção e prevenção, e na luta pela existência do SUS público, estatal, gratuito e de qualidade. As autoras Bravo e Menezes pontuam que

[...] a determinação social do processo saúde-doença é o ponto de partida para atuação crítica nessa área, sendo necessário revelar o caráter de classe do adoecimento da população, contrapondo-se à ideologia dominante de que a saúde é resultante da ausência de doença ou determinada por fatores biopsicossociais que ocultam os processos de exploração ao qual a classe trabalhadora é submetida (BRAVO; MENEZES, 2021, p. 71).

Na conjuntura do ex-governo de Jair Bolsonaro, maiores desafios foram colocados para a efetivação do direito à saúde e para a atuação dos trabalhadores/as da saúde, pois o processo de sucateamento do SUS foi intensificado a cada dia. Matos (2021) afirma que tal governo aprofundou o processo de desmonte do Sistema Único de Saúde, deu continuidade ao desfinanciamento do SUS e incentivou as parcerias público-privadas. Assim, o setor saúde que deveria estar se debruçando em propostas e estratégias para a efetivação do SUS, de

acordo com os princípios colocados pelo movimento sanitário, e buscando garantir ações que ultrapassem o caráter curativo, nesse contexto, teve que reafirmar, com muito afinco, a importância da existência do SUS e do seu caráter universal.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Portaria GM/MS 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). Diário Oficial da União, 2010.
- \_\_\_\_\_. CONSTITUIÇÃO. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- \_\_\_\_\_. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Revista e atualizada. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>.
- BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E.; UCHÔA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (Orgs.). Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez/ABEPSS/OPAS/OMS, 2018.
- \_\_\_\_\_; MENEZES, J. S. B. Saúde em tempos de pandemia e as lutas da Frente Nacional contra a Privatização da Saúde. In: CABRAL, M. S. R.; ASSIS, I. M.; SOUZA, G. A. C. (Orgs.) Crise capitalista, pandemia e movimentos sociais. São Paulo: PUC São Paulo, nov. de 2021, p. 60-79. Disponível em: <[https://www5.pucsp.br/downloads2021/revista\\_Crise\\_capitalista.pdf](https://www5.pucsp.br/downloads2021/revista_Crise_capitalista.pdf)>.
- FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde, São Paulo, 2012. (*mimeo*). Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>>. Acesso em 20 out 2022.
- LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: Origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- MATOS, M. C. O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da Covid-19. Humanidades & Inovação, v. 8, p. 25-35, 2021.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- \_\_\_\_\_. As redes de atenção à saúde. Revista Médica de Minas Gerais, 2008; 18 (4 Supl. 4): S3-S11. Ministério da Saúde, 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Linhas de Cuidado Secretaria de Atenção Primária. Disponível em: <<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>>. Acesso em 27 nov. de 2022.
- PEDROSA, J.I.S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: Uma abordagem institucional. Ciência e Saúde Coletiva, v. 9, n. 3. Rio de Janeiro, 2004.

NAKATA, L.C., *et al.* Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: Uma revisão de escopo. Escola Anna Nery, v. 24, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154>>.