

2^a
EDIÇÃO



MANUAL DE
SAÚDE PÚBLICA

ORGANIZADORAS

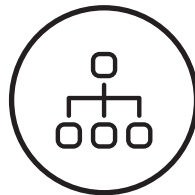
Thereza Maria Magalhães Moreira

Maria Marlene Marques Ávila

Maria Salete Bessa Jorge



QUESTÕES
ATUAIS



QUADROS, TABELAS
E ESQUEMAS



DICAS E RESUMOS
PRÁTICOS

SANAR

2019

© Todos os direitos autorais desta obra são reservados e protegidos à Editora Sanar Ltda. pela Lei nº 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume ou qualquer parte deste livro, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, gravação, fotocópia ou outros), essas proibições aplicam-se também à editoração da obra, bem como às suas características gráficas, sem permissão expressa da Editora.

Título | Manual de Saúde Pública - 2ª Edição
Editora | Thalita Galeão
Diagramação | Airton Oliveira
Capa | Mateus Oliveira
Copidesque | Pedro Muxfedlt e Micheline Chahoud
Conselho Editorial | Caio Vinicius Menezes Nunes
Paulo Costa Lima
Sandra de Quadros Uzêda
Sílvio José Albergaria da Silva

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Tuxped Serviços Editoriais (São Paulo-SP)

M838m **Moreira**, Thereza Maria Magalhães (coord.)

Manual de Saúde Pública / Coordenadora: Thereza Maria Magalhães Moreira. – 2. ed. - Salvador: Editora Sanar, 2019.
446 p.; il; 16x23 cm.

ISBN 978-85-5462-210-7

M294

1. Concursos 2. Exercícios 3. Políticas Públicas 4. Provas 5. Saúde Pública 6. SUS
I. Título II. Assunto III. Coordenadora

CDD 614
CDU 614; 616-084

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Saúde Pública.
2. Saúde Pública.

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães (coord.). **Manual de Saúde Pública**. 2. ed. Salvador: Editora Sanar, 2019.

Editora Sanar Ltda.
Rua Alceu Amoroso Lima, 172 – Caminho das Árvores,
Edf. Salvador Office & Pool, 3º andar.
CEP: 41820-770, Salvador - BA.
Telefone: 0800 337 6262
www.editorasanar.com.br
atendimento@editorasanar.com.br

Sumário

CAPÍTULO 1

História das políticas públicas de saúde no Brasil e no mundo..... 21

*José Jackson Coelho Sampaio
Carlos Garcia Filho
Mariana Ramalho de Farias
Valéria Bastos Gomes*

CAPÍTULO 2

Níveis de atenção em saúde: conceitos, definições e relações entre os serviços no Sistema Único de Saúde 39

*Leilson Lira de Lima
Rândson Soares de Souza
Maria Salete Bessa Jorge*

CAPÍTULO 3

Organização, funcionamento e participação no Sistema Único de Saúde: uma abordagem do arcabouço jurídico-legal..... 55

*Rândson Soares de Souza
Leilson Lira de Lima
Thereza Maria Magalhães Moreira
Maria Salete Bessa Jorge*

CAPÍTULO 4

Construção e Regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS: Leis, Normas, Pactos e Contratos Organizativos 71

*Fernando Sérgio Pereira de Sousa
Thereza Maria Magalhães Moreira
Maria Salete Bessa Jorge*

CAPÍTULO 5

Modelos tecnoassistenciais para a Consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS..... 93

Ana Patrícia Pereira Morais
Annatália Meneses de Amorim Gomes
José Maria Ximenes Guimarães

CAPÍTULO 6

Saúde suplementar no Brasil: histórico e articulação com a saúde coletiva..... 109

Deysen Kerlla Fernandes Bezerra Girão
Kaira Emanuella Sales da Silva Leite
Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão

CAPÍTULO 7

Promoção da saúde: pensando a saúde de forma afirmativa 127

Maria Marlene Marques Ávila
Delane Felinto Pitombeira
Ana Maria Fontenelle Catrib
Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos

CAPÍTULO 8

Métodos Epidemiológicos 149

José Wellington Oliveira Lima
Edson Silva Soares
Rafaela Pessoa Santana

CAPÍTULO 9

Política nacional de educação permanente em saúde 169

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão
Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Fátima Luna Pinheiro Landim
Maria Salete Bessa Jorge

CAPÍTULO 10

Humanização em saúde e a política de humanização do Sistema Único de Saúde..... 201

Cleide Carneiro
Lucyla O. Paes Landim
José Maria Ximenes Guimarães

CAPÍTULO 11

Nutrição em saúde pública..... 219

*Soraia Pinheiro Machado Arruda
Clarice Maria Araújo Chagas Vergara
Helena Alves de Carvalho Sampaio*

CAPÍTULO 12

Reforma psiquiátrica e saúde mental..... 249

*Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira
Silvio Yassui
Maria Salete Bessa Jorge*

CAPÍTULO 13

Mortalidade infantil e atenção à saúde da criança e da mulher..... 271

*Ana Valeska Siebra e Silva
Edna Maria Camelo Chaves
Francisco José Maia Pinto
Rejane Maria Carvalho de Oliveira
Zélia Gomes Mota*

CAPÍTULO 14

Saúde da mulher e rede materno-infantil: a política de atenção e seus desafios 285

*Maria Raquel Rodrigues Carvalho
Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante
Francisca Gomes Montezuma
Marley Carvalho Feitosa Martins
Maria Salete Bessa Jorge*

CAPÍTULO 15

Imunização 315

*Thereza Maria Magalhães Moreira
Raquel Sampaio Florêncio
Raimundo Augusto Martins Torres
Mardênia Gomes Vasconcelos Pitombeira*

CAPÍTULO 16

Saúde do adulto: Hanseníase e Tuberculose 335

*Thereza Maria Magalhães Moreira
Maria Rocineide Ferreira da Silva
Daniele Braz da Silva
Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos*

CAPÍTULO 17**Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus..... 353***Thereza Maria Magalhães Moreira**Malvina Thais Pacheco Rodrigues**Célide Juliana de Oliveira**Ana Roberta Vilarouca da Silva***CAPÍTULO 18****Atenção à saúde do idoso e os desafios para os profissionais de saúde 383***Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante**Fernando Sérgio Pereira Sousa**Lourdes Suelen Pontes Costa**Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão***CAPÍTULO 19****Saúde do trabalhador e da trabalhadora 409***Andressa Suelly Saturnino de Oliveira**Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos**Gilvan Ferreira Felipe**Thereza Maria Magalhães Moreira***CAPÍTULO 20****HIV/AIDS: os desafios de uma epidemia em pleno movimento 427***Diego da Silva Medeiros**Malena Gadelha Cavalcante**Maria Salete Bessa Jorge*

Níveis de atenção em saúde: conceitos, definições e relações entre os serviços no Sistema Único de Saúde

LEILSON LIRA DE LIMA
RÂNDSON SOARES DE SOUZA
MARIA SALETE BESSA JORGE

Este capítulo discute os aspectos organizativos que compõem a assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, apresenta conceitos e definições básicas sobre níveis de atenção em saúde, regionalização e hierarquização, bem como descreve a constituição das redes de atenção à saúde e sua influência na organização da assistência.

Ainda neste capítulo, está presente a relação entre atenção primária, secundária e terciária e a articulação entre os níveis de atenção por meio da referência e contrarreferência como estratégias de garantia de acesso a todas as modalidades de assistência e a tecnologia disponível e necessária ao restabelecimento e manutenção da saúde.

Parte-se, assim, da construção do SUS, dos conceitos de regionalização e hierarquização e níveis de atenção e do sistema de referência e contrarreferência. Em seguida, apresentam-se os instrumentos políticos-institucionais de regionalização e hierarquização. Por fim, definem-se redes, apresentando as características dos sistemas de saúde, sobretudo os fragmentados e os baseados em rede e descreve-se a relação entre atenção primária, secundária e terciária.

PONTOS DE PARTIDA: REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO E A CONSTRUÇÃO DO SUS

Conforme visto no capítulo anterior, foi a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde que se criou as bases político-institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS). O relatório dessa conferência afirmou que o novo Sistema Nacional de Saúde deveria ser orientado pelos seguintes princípios e diretrizes: descentralização na gestão

dos serviços; integralização das ações; regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; participação da população; fortalecimento do papel do município; universalização em relação à cobertura populacional e equidade no que se refere à questão do acesso.¹

Fique sabendo

A proposta de construção de redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção à saúde não é peculiar ao caso brasileiro. Esta estratégia também foi utilizada por todos os países que implantaram sistemas de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, como Canadá, Reino Unido, Itália e Suécia. Além disto, a regionalização e a hierarquização também são diretrizes antigas no Brasil. Elas estiveram presentes em várias experiências de reordenamento do sistema de saúde, mesmo antes da criação do SUS. Entretanto, é somente a partir da Reforma Sanitária Brasileira e a partir da Constituição Federal de 1988 que essas diretrizes se tornam estratégicas na política de saúde nacional com o objetivo de garantir o acesso da população às ações e aos serviços de saúde de forma integral, equânime e resolutiva.²

Com efeito, o artigo 198 da Constituição Federal de 1988 assim determina: As ações e serviços públicos de saúde fazem parte de uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único.¹ Contudo, o que significa rede regionalizada e hierarquizada? O que é a integração das ações e serviços públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada?

De modo simples, podemos responder a essas perguntas da seguinte forma: rede regionalizada é a organização da atenção à saúde, em que os cidadãos conseguem acessar os serviços de saúde de maior complexidade mesmo quando não estejam localizados em seu município, e hierarquização é a disposição dos serviços em níveis de atenção e densidade tecnológica.

Resumindo

A regionalização e a hierarquização exigem que os usuários sejam encaminhados às unidades mais complexas do sistema, quando necessário, e que possam retornar a sua unidade de origem para acompanhamento. Isto implica um fluxo adequado de informações entre os serviços ou unidades que compõem o SUS: hospitais, unidades básicas de saúde, centros de atenção psicossocial (CAPS), estabelecimentos filantrópicos ou privados credenciados ao SUS. Vale salientar que todos estes serviços podem situar-se em diferentes municípios ou estados.

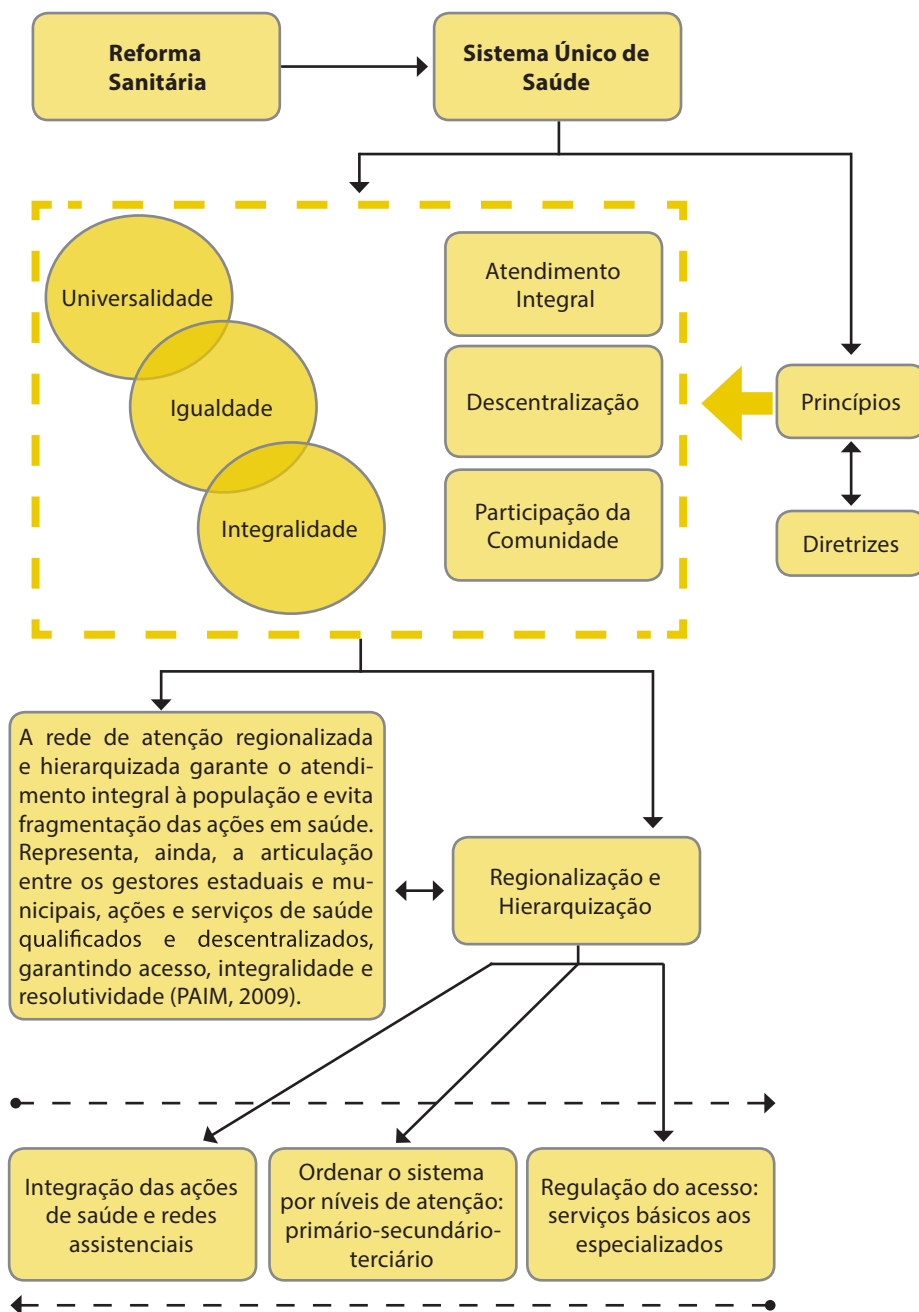
Quadro 2. Objetivos e características básicas dos níveis de atenção à saúde no SUS.

NÍVEL	OBJETIVOS	CARACTERÍSTICAS	SERVIÇOS
Primário	<ul style="list-style-type: none"> • Oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doença. 	<ul style="list-style-type: none"> • Primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade. Emprega tecnologia de baixa densidade, procedimentos menos complexos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades Básicas de Saúde, ambulatórios e serviços que oferecem ações como vacinas, consultas com médicos generalistas e com outros profissionais de saúde.
Secundário	<ul style="list-style-type: none"> • Atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja assistência demande complexidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prática clínica com disponibilidade de profissionais especializados e recursos tecnológicos complexos para o apoio diagnóstico e tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades mistas, ambulatórios, hospitais locais e regionais. Contempla Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) capazes de realizar diagnósticos, tais como laboratórios e ambulatórios de cirurgia.
Terciário	<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). 	<ul style="list-style-type: none"> • Conjunto de procedimentos de alta tecnologia e alto custo. As principais áreas que compõem a alta complexidade, como procedimentos em oncologia e cirurgia cardiovascular. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizados predominantemente por prestadores privados contratados, hospitais gerais e hospitais públicos de ensino.

Fonte: Conselho Nacional de Secretários da Saúde, 2011,7 PAIM, 2009,8 Solla, 2013.9

Desse modo, o nível primário é caracterizado por atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial, agrupando atividades de saúde, saneamento e apoio diagnóstico, e o secundário destina-se a desenvolver atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, além de especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação. Por último, o nível terciário caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva de casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência.¹⁰

Figura 1. Características da regionalização e hierarquização e sua influência na construção e consolidação do SUS.



Fonte: Autoria própria, 2019.

Vale ressaltar que a articulação entre esses serviços ocorre, comumente, pelo sistema de referência e contrarreferência. Trata-se de mecanismo administrativo, em que os serviços estão organizados de forma a possibilitar o acesso a todos os serviços existentes no SUS pelas pessoas que procuram os serviços de atenção primária.¹¹

Esses serviços de atenção primária são considerados o primeiro nível de atenção do sistema de saúde e, no caso da assistência à saúde, representam a porta de entrada para serviços de maior complexidade, os chamados “serviços de referência”.⁹ Com isto, o usuário atendido na atenção primária, quando necessário, é referenciado ao serviço de maior complexidade e, quando finalizado o atendimento, ele deve ser “contrarreferenciado”, ou seja, encaminhado ao serviço de atenção primária de origem para a continuidade do atendimento.¹¹

Em síntese:

*“os níveis de atenção representam diferentes tecnologias adequadas quanto à eficácia, ao custo social e à viabilidade de conjuntos específicos de problemas de saúde de diferentes complexidades, sendo classificados em primários, secundários e terciários, de acordo com a incorporação de densidade tecnológica”.*¹²

Fique sabendo

Para garantir a construção e consolidação das regiões de saúde são propostos alguns instrumentos, como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos em Saúde (PDI), a Programação Pactuada Integrada (PPI) e o Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP).

Para refletir

Na atenção à saúde no Brasil existem diferentes marcos organizativos, dentre os quais a estruturação em níveis de complexidade: atenção primária ou atenção básica e atenção de média e de alta complexidade. Esta forma de organização, que se reflete na oferta de serviços segundo a hierarquização de três níveis de atenção, teve como consequência a efetivação das ações de saúde focadas em agravos e, em algumas situações, para recortes populacionais, não considerando o marco da atenção integral. Percebe-se, então, entre outros fenômenos, a fragmentação da atenção, baixa resolutividade dos primeiros níveis de atenção (atenção primária) e a dificuldade de acesso aos níveis de maior complexidade. A estruturação da assistência à saúde em especialidades e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, efetivada por meio de procedimentos de média e de alta complexidade, possibilita a ocorrência de estrangulamentos na rede de serviços de saúde.¹³ A partir do exposto, como a integralidade articula-se com a regionalização e a hierarquização? Em que medida ela pode melhorar esta fragmentação?

Compreendendo que o Brasil é país com características socioeconômicas e territoriais diversas – as diferenças regionais –, é necessário considerar como agem os municípios de pequeno porte populacional que têm condições de ofertar apenas serviços de atenção primária, sendo os serviços de média e alta complexidade ofertados por regiões de saúde que abrangem vários municípios.⁶ Deste modo, a regio-

nalização possui sentido abrangente e tem o intuito de integrar os diversos serviços dos vários municípios numa rede de atenção à saúde.

A rede pressupõe a interação entre os serviços, o que evita o isolamento entre eles, a fragmentação e a autarquização, isto é, sem comunicação entre si. Possibilita, portanto, a distribuição de estabelecimentos de saúde em um determinado território, de modo que os serviços básicos são disseminados e descentralizados e os serviços especializados são concentrados e centralizados.⁸ A Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica.

Várias são as redes de atenção à saúde, identificáveis pelas ações desenvolvidas, perfil clínico e epidemiológico de usuários, articulação e prestação de atendimentos. Voltam-se a ações individuais ou coletivas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de problemas sanitários.²

Para refletir

Em uma rede, seus equipamentos e serviços funcionam em conjunto, responsabilizando-se pelo acesso e integralidade no cuidado à saúde das pessoas.²

As redes de atenção devem prestar assistência de forma cooperativa e interdependente; com intercâmbio constante de seus recursos; estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, funcionando como um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; com atenção integral e intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas. Além disso, devem funcionar sob coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS), de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos e com responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população.¹⁴

Para saber mais

Sobre as atribuições da Atenção Primária em Saúde (APS), ler o livro *Atenção Primária à Saúde: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia*, cuja autora é Bárbara Starfield.¹⁵ Para ela, a APS não só se constitui como primeiro nível de atenção, mas também possui a função de organização e integração das redes de atenção à saúde e da promoção, prevenção e recuperação da saúde, garantindo a coordenação e a continuidade do cuidado. Ainda segundo a autora, são consideradas atribuições da atenção primária: a garantia de acesso; a porta de entrada; a longitudinalidade, com estabelecimento de vínculo; o elenco integral de serviços; a coordenação de serviços e o enfoque familiar e a orientação da comunidade.

No Brasil, APS e atenção básica são considerados sinônimos. Há questionamentos, entretanto, sobre a adoção do termo “básica”, pois de básica a APS nada tem. Mundialmente, é adotado somente APS.

Dentre os valores das redes de atenção à saúde, considera-se o fato de elas estarem voltadas às necessidades de saúde da população, a flexibilidade em seus arranjos, a construção da confiança entre seus participantes. Elas provêm cuidados clínicos integrados, preocupam-se com a gestão das mudanças, promovem o ajuste estrutural da oferta de serviços, alinham governança, gerência e cuidados diretos dentro de uma nova visão, valorizam a prestação dos serviços por equipes multidisciplinares, fortalecem a governança sistêmica e promovem um contínuo aumento da qualidade dos serviços.¹⁴

Atende, portanto, à Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080/90, a qual afirma que, quando recebido pelo sistema de saúde, o cidadão será encaminhado ao serviço de referência daquela região. O acesso ocorrerá preferencialmente pela rede básica, e os casos mais complexos serão encaminhados aos serviços especializados, que podem estar organizados de forma municipal ou regional, dependendo do porte e da demanda do município.⁸

Dessa maneira, na rede de saúde, a atenção ao usuário e articulação interserviços deve ser efetiva, garantindo o acesso e continuidade do tratamento.

Assim, os usuários são encaminhados e atendidos na rede terciária e retornam à primária, com apoio da referência e contrarreferência (encaminhados a um hospital e retornar para a Unidade Básica de Saúde próxima de sua residência, por exemplo) para acompanhamento. Isto requer adequação do fluxo de informações entre os serviços, ainda que situadas em unidades distintas da federação.

2. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Como se pode perceber, as redes regionalizadas e hierarquizadas possuem o objetivo de reordenar as ações, definir as responsabilidades nos diversos níveis de atenção, atenção primária, a média e alta complexidade, relacionando-as, em todas as ações, aos princípios de universalidade do acesso e integralidade da atenção do SUS, seu processo de descentralização e organização.^{10, 16-18}

A rede constitui um conjunto de unidades, de funções e atendimentos distintos. Estes funcionam ordenada e articuladamente no território para suprir necessidades de saúde das pessoas. Na rede, os problemas são constatados, verifica-se sua distribuição e a requisição de tecnologias na resolubilidade dos problemas. Portanto, organização é essencial para atender aos requisitos de saúde da população. Conhecer as unidades da rede por níveis de atenção (hierarquização) e distribuição geográfica (regionalização) é fundamental para o bom funcionamento da rede.²

Contudo, esse caráter hierarquizado da rede não deve ser utilizado para adjetivar um serviço como mais importante do que outro, bem como não acontece entre os entes federativos (União, estados e municípios). Eles negociam e entram em acordo sobre ações, serviços e organização do atendimento. Com isto, a hierarquização prevista para a rede possui o sentido de usar os recursos disponíveis de forma mais racional e prestar um melhor atendimento a uma maior quantidade de usuários, o que caracteriza racionalização em detrimento do racionamento.⁸

Com relação à porta de entrada, Cecílio¹⁹ trabalha com o simbólico, com o percebido, para identificar contradições e caracterizar novas formas de se fazer saúde – da pirâmide ao círculo. Trata da questão da porta de entrada do sistema como um espaço ambíguo, permeado por interesses dos diversos sujeitos que por ele transitam e que nele atuam. Ademais, reflete sobre essa dimensão quando discute os vínculos provisórios como um sistema de relações intersubjetivas capazes de promover acolhimento e responsabilização.

Na Portaria nº 4279/10, o conceito de rede é reforçado como organização poliárquica. Também o Decreto nº 7508/11 refere a organização em regiões de saúde como caminho para garantir a integralidade e melhoria de acesso. Poliarquia deriva do grego e significa governo desenvolvido por muitas pessoas. Ou seja, na poliarquia, as decisões sobre os temas públicos devem ser tomadas a partir do diálogo, e não pela coerção exercida por autoridades.

Para relembrar

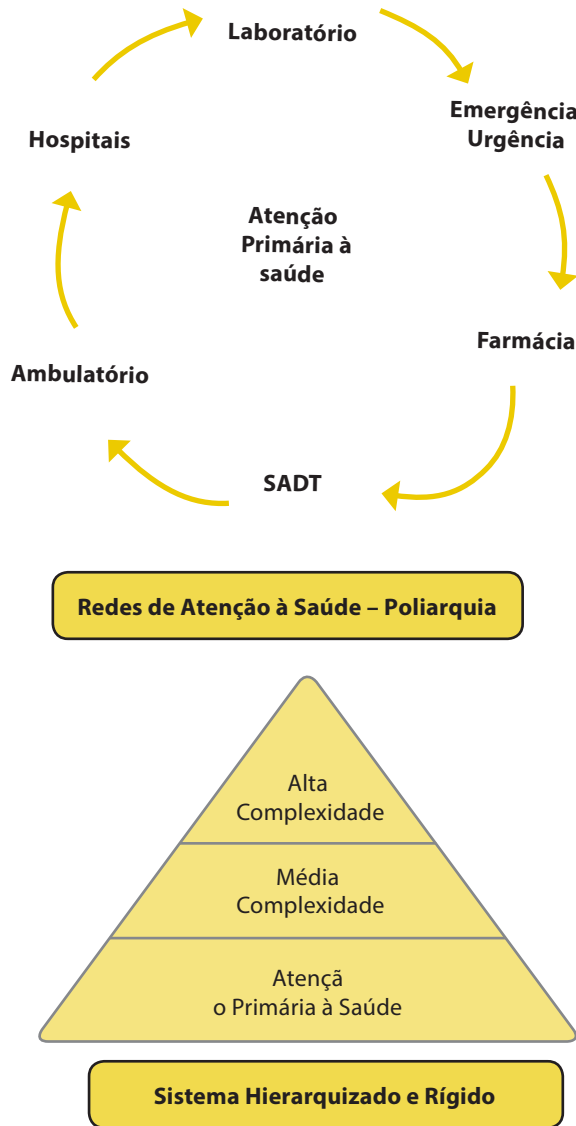
Como a maior parte dos municípios não possui condições de ofertar integralmente os serviços de saúde, faz-se necessária a conformação de estratégias de atendimento, como parceria entre estados e município para garantir o acesso. Deve haver centros de referência para graus de complexidade diferentes de serviços. Eles são organizados na sequência por grau de complexidade (do maior para o menor): unidade de saúde, município, município-polo e região.

O grau de importância atribuído a determinado serviço ou nível de atenção em saúde é característica dos sistemas fragmentados. Estes sistemas admitem a formação de uma estrutura hierárquica rígida definida por níveis de complexidade crescentes, e com relações de graus de importância entre os níveis de atenção. Esta concepção fundamenta-se em um conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer, por exemplo, que a APS é menos complexa que os níveis secundário e terciário. Nas redes de atenção à saúde, essa concepção é substituída pela poliarquia e o sistema organiza-se sob forma de rede horizontal de atenção à saúde.¹⁴ A Figura 2 procura ilustrar o sistema fragmentado, com hierarquização rígida, e o poliárquico.

As redes de atenção à saúde são, portanto, organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS, prestada no tempo certo, no lugar certo, com custo certo e qualidade certa e com responsabilidade sanitária e econômica.

Desta definição, emergem os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas pela sua população, são organizadas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, ou seja, correspondem a um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário, com ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras, cuidadoras e paliativas.

Figura 2. Sistemas hierarquizados e as redes de atenção à saúde.¹⁴



Fonte: STARFIELD, 2012.¹⁴

Entretanto, a rede de atenção depende do funcionamento adequado da APS. A qualidade deste nível de atenção só existirá se forem cumpridas suas três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. A função de utilidade, inerente ao nível de atenção primária, significa que ela deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender mais de 85% dos problemas de sua população. A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das redes, o que significa ter condições de orde-

QUESTÕES

- 1) (CESPE/UNB - SESA/ES - 2013) O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. A respeito do SUS, assinale a opção correta.
- A) O acesso aos serviços de saúde deve ser fundado tanto na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo quanto no critério cronológico, e restrito à população residente na respectiva região de saúde.
- B) Devem ser instituídas regiões de saúde interestaduais, compostas por municípios limítrofes, por ato conjunto do ministro da Saúde, dos respectivos secretários estaduais de Saúde e dos secretários municipais de Saúde.
- C) A região de saúde situada em áreas de fronteira com outros países deverá respeitar as normas que regem as relações internacionais.
- D) O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se restringe à capacidade instalada da rede regionalizada e hierarquizada.
- E) O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária somente em municípios que tenham esse tipo de rede de atenção.

GRAU DE DIFICULDADE



Comentário: Para manter a universalidade do sistema de saúde e o atendimento integral na rede de atenção é possível instituir as regiões de saúde interestaduais, a depender também do território e da sua dinâmica. Elas são constituídas por acordos entre municípios limítrofes, com anuência de municípios, estados e federação.

► *Opção correta:* B.

- 2) (CESPE/UNB - SESA/ES - 2013) Com relação à organização e funcionamento do SUS, assinale a opção correta.
- A) No Brasil, o sistema de saúde ainda não conseguiu transitar para um modelo assistencial que deixe de ratificar a posição subalterna da atenção básica tanto no próprio sistema de saúde quanto na cultura sanitária na nação.
- B) A atenção básica é o nível de atenção em saúde com maior dificuldade na produção de vínculos terapêuticos entre equipes de saúde e usuários e, mesmo assim, consegue promover uma ação clínica eficiente nos locais onde tem sido organizada tradicionalmente.
- C) Nos países em desenvolvimento, nos quais a maior demanda é por serviços de saúde ofertados pela média complexidade nas unidades hospitalares e de urgência e emergência, os sistemas de saúde baseados numa forte orientação para a atenção primária têm se mostrado inadequados.
- D) As atividades preventivas nos serviços de saúde ainda não são amplamente desenvolvidas devido à resistência dos usuários do sistema em participar dessas atividades, apesar das evidências quanto ao potencial para prevenção das principais causas de morbimortalidade em adultos.
- E) A atenção primária em saúde é menos complexa que os cuidados ditos de média e alta complexidade, pois, apesar de resolver mais de 85% dos problemas de saúde, é aí que

situa uma clínica mais simplificada e onde se ofertam tecnologias de baixa complexidade e baixa densidade tecnológica.

GRAU DE DIFICULDADE

Comentário: Apesar de sua comprovada eficácia, a atenção primária ainda sofre resistência dos usuários do sistema em participar dessas atividades, mesmo com evidências quanto ao potencial para prevenção das principais causas de morbimortalidade em adultos. Embora 80% de toda a atenção de saúde de um município seja passível de resolução a partir do nível primário, o enfoque curativo e hospitalocêntrico é largamente difundido entre os usuários, fazendo com que nele apoiem toda a sua “esperança” de cura.

▶ *Opção correta: D.*

- 3) (CEFOR-RH/PB - COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES - 2017) Em relação à operacionalização da Atenção Primária à Saúde que envolve as três esferas de governo, considere as seguintes afirmativas:
- I. O Programa Nacional de Imunização (PNI) tem como missão a erradicação, o controle e a eliminação de doenças imunopreveníveis.
 - II. É de competência da esfera nacional a coordenação do PNI, com definição de calendários e campanhas nacionais de vacinação, normatizações técnicas e estratégias.
 - III. Ao Ministério da Saúde compete prestar assistência técnica aos estados e municípios no processo de implantação e expansão do Programa Saúde da Família.
 - IV. As diretrizes e ações de vigilância em saúde incluem ações definidas em legislações estaduais que apontam as gestões compartilhadas entre os municípios e o Distrito Federal.
- Assinale a alternativa correta.
- A) Somente a afirmativa III é verdadeira.
 - B) Somente as afirmativas I, II e III são verdadeiras.
 - C) Somente as afirmativas II, III e IV são verdadeiras.
 - D) Somente as afirmativas I, II e IV são verdadeiras.
 - E) Somente as afirmativas I, III e IV são verdadeiras.

GRAU DE DIFICULDADE

Comentário: A Atenção Primária em Saúde (APS) é o território vivo onde se dão as ações de saúde, que são nela desenvolvidas com apoio das esferas estadual e federal. Todos os programas do Ministério da Saúde do Brasil preveem competências para os três níveis de atenção, ficando, normalmente a execução na esfera municipal, o apoio técnico na estadual e o suporte geral na federal. No Programa Nacional de Imunizações (PNI) não é diferente. As competências de cada um dos níveis de atenção à saúde deste programa são facilmente constatáveis nas publicações do Ministério da Saúde, a exemplo do Manual de Vacinação. Comumente, as legislações relacionadas na opção IV, comuns neste cenário, são federais.

▶ *Opção correta: B.*

- 4) (CESPE/UNB - SESA/ES - 2013) Para ser instituída, a região de saúde deve conter ações e serviços que incluem
- A) atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde.

- B) atenção primária e de combate aos adolescentes infratores.
- C) atenção psicossocial e de proteção às famílias carentes.
- D) atenção primária, de urgência e emergência e atenção religiosa.
- E) atenção ambulatorial especializada e hospitalar e de proteção aos viciados em drogas.

GRAU DE DIFICULDADE

Comentário: Região de saúde é um espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde e que contenha as ações e serviços incluídas no item A.

► *Opção correta:* A.

- 5) (CEFOR-RH/PB - COMPLEXO DE PEDIATRIA ARLINDA MARQUES - 2017) A Portaria nº 4.279 de 2010 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As Redes de Atenção à Saúde são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Em relação à essa temática, é CORRETO afirmar:
 - A) O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.
 - B) Caracteriza-se pela formação de relações verticais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção por demanda espontânea.
 - C) Para assegurar seu compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema, faz-se necessária a criação de mecanismos informais de contratação entre os entes reguladores/financiadores e os prestadores de serviço.
 - D) Integração Horizontal: consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade neste processo).
 - E) Integração Vertical: consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade. É utilizada para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica na provisão de ações e serviços de saúde através de ganhos de escala (redução dos custos médios totais em relação ao volume produzido) e escopo (aumento do rol de ações da unidade).

GRAU DE DIFICULDADE

Comentário: A RAS tem como objetivo exatamente promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência econômica. Sua definição e objetivo estão contidos no anexo da Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010.

► *Opção correta:* A.