

FACULDADES INTEGRADAS DE BAURU

DIREITO

Gabriela Papa Massoca

**DIREITO À SAÚDE: DESAFIOS PARA A EFETIVIDADE DO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

Bauru
2024

Gabriela Papa Massoca

**DIREITO À SAÚDE: DESAFIOS PARA A EFETIVIDADE DO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

**Monografia apresentada às
Faculdades Integradas de Bauru para
obtenção do título de Bacharel em
Direito, sob a orientação do
Professor(a) Dra Maria Claudia
Zarantini Maia.**

Bauru
2024

Massoca, Gabriela Papa.

direito á saúde: desafios para a efetividade do programa
saúde da família. Gabriela Papa Massoca. Bauru, FIB, 2024.

999f. (quantidade de páginas do seu trabalho)

Monografia, Bacharel em 2024 . Faculdades Integradas de
Bauru - Bauru

Orientador: Maria Claudia Zarantini Maia.

1.SUS. 2. PSF. 3. Saúde. I. Títul II. Faculdades
Integradas de Bauru.

CDD 340

Gabriela Papa Massoca

**DIREITO À SAÚDE: DESAFIOS PARA A EFETIVIDADE DO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

**Monografia apresentada às
Faculdades Integradas de Bauru para
obtenção do título de Bacharel em
Direito,**

Bauru, xx dexxxxxxx de 2024.

Banca Examinadora:

Presidente/ Orientador:

Professor 1:

Professor 2:

**Bauru
2024**

Dedico este trabalho aos meus pais que por 22 anos abdicaram de tantas coisas para que eu tivesse o melhor. E a minha Rosa e Tereza que graças as suas forças pude trilhar meu caminho com leveza.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por ter me guiado durante meu caminho e colocado as pessoas certas para que em momentos de escuridão eu tivesse luz.

À minha faculdade que abriu as portas no momento que mais precisei e aos seus docentes que fizeram parte do meu sonho, em especial a minha orientadora Maria Claudia que, em momentos de incertezas sempre foi minha fonte de inspiração e motivação. Que um dia eu possa inspirar alunos assim como ela fez.

Agradeço ao meu namorado, Danilo, que em momentos onde a solidão me pegou, ele esteve lá me incentivando e me assegurando que eu era digna e capaz de poder propagar ao mundo o que sempre sonhei em dizer. Que mesmo com minhas inseguranças e dificuldades, segurou minha mão para que eu nunca me sentisse sozinha.

A minha família que por anos abdicaram de seus sonhos para que eu pudesse viver os meus e hoje, posso alegrá-los dizendo que juntos concluímos mais uma etapa. Aqueles *in memoriam*, Altevor Valentim Papa, sinta se orgulhoso por conseguir formar mais uma de suas meninas no ensino superior.

Aos meus amigos e ao Rotaract Club de Pederneiras que, por anos segue sendo minha base em momentos de dificuldade, obrigada por serem minha casa e meu refúgio, por me ensinarem que o que eu tenho a dizer é digno de ser ouvido.

E por fim, gostaria de agradecer a todos os colaboradores e pacientes do Programa Saúde da Família da Unidade Júlio Bertolini de Pederneiras, onde atuo como agente comunitária, por me ensinarem que com um simples sorriso podemos mudar vidas e influenciar melhorias. Obrigada por me ensinarem que saúde é sinônimo de bem-estar antes mesmo de qualquer artigo científico pudesse me ensinar.

“O capitalismo não tem a menor consideração pela saúde ou duração da vida do trabalhador, a não ser quando a sociedade o força a respeitá-la”. Marx, K. O capital, V1.

MASSOCA, Gabriela Papa. **Direito a Saúde: Desafios da Efetividade do Programa Saúde da Família** 2024 999f. Monografia apresentada às Faculdades Integradas de Bauru, para obtenção do título de Bacharel em Direito. Bauru, 2024.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar os desafios para a efetividade do Programa Saúde da Família (PSF), inserido no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. O SUS, embora tenha sido um marco na democratização do acesso à saúde, enfrenta inúmeras dificuldades desde sua implementação, muitas delas relacionadas à escassez de recursos financeiros, à precariedade de infraestrutura e à falta de profissionais qualificados. Além disso, o contexto político e econômico de sua criação, marcado pela expansão do ideário neoliberal e pela redução do papel do Estado nas políticas públicas, impôs limitações que até hoje comprometem sua plena realização. O trabalho explora como o SUS, apesar de seu caráter universal e de seus avanços, foi concebido em um cenário de mercantilização da saúde, onde o atendimento à população é frequentemente fragmentado. As pessoas são tratadas como "pedaços de gente" doentes, sem um cuidado integral que contemple sua dignidade humana. O PSF, embora crucial na estratégia de atenção básica, é afetado por essa lógica fragmentada e pela falta de financiamento adequado, o que compromete a qualidade do atendimento. São abordados aspectos históricos e jurídicos que moldaram o SUS, destacando a importância de uma abordagem holística e humanizada no atendimento à saúde. O estudo também discute como a desvalorização dos profissionais de saúde, o subfinanciamento crônico e a falta de participação comunitária prejudicam a efetividade do PSF. Apesar das dificuldades, o trabalho defende que, com uma reformulação do modelo de atenção e um maior compromisso do Estado com o financiamento e a humanização do atendimento, o SUS tem o potencial de se tornar um patrimônio nacional de valor inestimável, capaz de promover saúde e cidadania para toda a população.

Palavras-chave: Saúde. Constituição Federal. Programa Saúde da Família.

MASSOCA, Gabriela Papa. **Direito a Saúde: Desafios para a efetividade do Programa Saúde da Família**. 2014 999f. Monografia apresentada às Faculdades Integradas de Bauru, para obtenção do título de Bacharel em Direito. Bauru, 2024.

ABSTRACT

This paper aims to analyze the challenges to the effectiveness of the Family Health Program (PSF), within the context of Brazil's Unified Health System (SUS). While SUS represents a milestone in democratizing access to healthcare, it faces numerous difficulties since its implementation, many of which are related to the scarcity of financial resources, inadequate infrastructure, and a shortage of qualified professionals. Additionally, the political and economic context during its creation, marked by the expansion of neoliberal ideologies and the reduction of the State's role in public policies, imposed limitations that continue to hinder its full realization. The study explores how SUS, despite its universal character and advancements, was conceived in a scenario of health commodification, where public health services are often fragmented. People are treated as "fragments of sick individuals" rather than being cared for holistically. The PSF, although crucial in the primary care strategy, is affected by this fragmented logic and by inadequate funding, which compromises the quality of service. Historical and legal aspects that shaped SUS are examined, highlighting the importance of a holistic and humanized approach to healthcare. The study also discusses how the undervaluation of healthcare professionals, chronic underfunding, and lack of community participation impair the PSF's effectiveness. Despite these difficulties, the paper argues that with a reformation of the care model and greater State commitment to funding and humanizing care, SUS has the potential to become a highly valued national asset, capable of promoting health and citizenship for the entire population.

Keywords: Health. Federal Constitution. Family Health Program.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	DIREITO À SAÚDE	12
2.1	Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988	12
2.2	Direito a Saúde na Legislação Infraconstitucional	15
2.2.1	Sistema Único de Saúde	20
2.2.2	Planos de Saúde	25
3.	Programa Saúde da Família	26
4.	DESAFIOS PARA A EFETIVIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	30
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
	REFERÊNCIAS	
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O que é de fato ter saúde? O que é de fato ter direito a saúde? Nós temos esse direito? Mesmo com a falta de acesso, as longas filas e demais problemas? É um direito para quem?

Para entendermos sobre o direito a saúde precisamos buscar conhecer seus aspectos históricos sociais, onde o direito do cidadão surgiu e para quem ele passou a ser destinado.

O direito à saúde é um dos pilares fundamentais assegurados pela Constituição Federal de 1988. Contudo, apesar de ser um direito garantido, a efetividade desse acesso enfrenta inúmeros desafios, especialmente quando se trata da concretização desse direito em comunidades menos favorecidas. O Programa Saúde da Família (PSF), criado como uma estratégia de atenção básica, visa promover a saúde preventiva e integral da população, especialmente nas áreas mais carentes, com foco na atenção domiciliar e na atuação de equipes multidisciplinares. Por meio da atuação de agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e outros profissionais, o programa busca assegurar a promoção de saúde preventiva, o diagnóstico precoce e o tratamento contínuo das doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.

Contudo, apesar de seus avanços e de sua importância, o Programa Saúde da Família enfrenta desafios contínuos que comprometem sua plena efetividade. A carência de recursos financeiros, intensificada pela Emenda Constitucional 95/2016, que congelou os investimentos em saúde por 20 anos, afetou diretamente a qualidade e a capacidade de expansão do programa. Além disso, a falta de equipamentos adequados, a sobrecarga de trabalho dos profissionais e a descrença de parte da população na eficiência do sistema público de saúde são fatores que ainda dificultam o cumprimento de suas metas.

Outro aspecto crítico a ser considerado é a judicialização da saúde, fenômeno crescente no Brasil, onde cidadãos recorrem ao poder judiciário para garantir o acesso a medicamentos, tratamentos e outros serviços de saúde que, por vezes, o sistema público não consegue oferecer tempestivamente. Esse movimento, embora

assegure o direito à saúde de forma individual, revela as falhas estruturais e a insuficiência do SUS em atender à totalidade de sua população, sobretudo nas áreas de atenção básica, que são o foco do PSF.

Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo central analisar os desafios enfrentados pelo Programa Saúde da Família para alcançar sua efetividade e, por conseguinte, garantir o cumprimento do direito à saúde como previsto na Constituição. Para tanto, serão discutidos os aspectos históricos que moldaram a política de saúde no Brasil, o papel do SUS na promoção da equidade e as lacunas existentes na gestão e implementação das políticas públicas de saúde. Serão também analisados os impactos da precariedade financeira e a falta de infraestrutura, bem como o efeito dessas limitações na confiança da população e na eficiência das equipes de saúde.

Ao final desta pesquisa, espera-se fornecer uma reflexão crítica sobre os caminhos possíveis para superar os obstáculos enfrentados pelo Programa Saúde da Família. A busca por soluções passa pela necessidade de maior investimento em políticas públicas, capacitação dos profissionais, engajamento comunitário e uma gestão integrada que consiga lidar com as especificidades regionais e sociais do país. Mais do que garantir a saúde como um direito formal, é necessário pensar em estratégias que permitam sua efetivação prática, sobretudo nas regiões mais carentes, onde o Programa Saúde da Família é a principal, e muitas vezes a única, forma de acesso aos serviços de saúde.

2 DIREITO À SAÚDE

Nesta seção será abordado o direito à saúde na Constituição Federal de 1988 e na legislação infraconstitucional, com análise do Sistema Único de Saúde e também da rede privada de saúde, ou seja, os planos de saúde.

2.1 Direito à Saúde na Constituição Federal de 1988

Podemos apontar as primeiras ações de saúde no Brasil no período colonial da vinda da família real ao Brasil, em 1808, pois, anteriormente existiam apenas ações esparsas, advindas de cultura dos diferentes grupos étnicos aqui presentes, então com a chegada da família falamos de uma institucionalização da saúde, uma padronização, além da instauração, no mesmo ano, da primeira faculdade de medicina no Brasil que também serviu para atrair mais médicos (Baptista 2007).

Entretanto, tais ações tinham interesse econômico, elas visavam manter a mão de obra saudável, cuidando de seus trabalhadores para que continuassem produzindo. Por isso foram criados hospitais que tratavam especialmente de doenças como tuberculose, malária, hanseníase etc., que atingiam principalmente as cidades portuárias devido ao alto fluxo de pessoas de diferentes países, manutenção do saneamento das cidades, além do estudo da teorização dessas doenças para melhor entender se sobre sua transmissão e como poderia ser evitada (Baptista 2007)

Com a Proclamação da República em 1889 e a ascensão da burguesia na sociedade cafeeira, as ações em saúde ganham mais espaço, já que o Estado quer demonstrar sua autoridade e para isso precisava se de uma economia exemplar o que só seria possível se impedisse ou controlasse as epidemias que alastravam os assalariados, que era a mão de obra.

Anos mais tarde, em 1904, temos o que foi chamado de Revolta da Vacina, idealizada pelo sanitarista Oswaldo Cruz, que constituiu em vacinação em massa da população pobre para que as epidemias diminuíssem. A ideia não foi acatada pela população, pois não se havia explicação sobre a vacina, como ela funcionava, porque era importante, isso é o que hoje chamamos de promoção em saúde e um dos aspectos mais importantes do nosso sistema atual. Tivemos uma segunda edição desse movimento, em 1920, mas dessa vez com epidemias rurais no

Nordeste do país e com isso, foi necessário um estudo mais aprofundado sobre o quanto de ações iria ser necessário para retirar essa vergonha que o país estava sofrendo perante ao que os imigrantes chamavam de “vergonha nacional” (Baptista 2007)

Podemos concluir que durante a primeira república o movimento sanitarista escancarou que a saúde era uma questão pública e que a falta dela e suas ações nos impediam de chegarmos na “civilização” comparada a países europeus. Mas as medidas adotadas mostravam mais a desigualdade, já que deixava de lado a saúde assistencial para as pessoas que não tinham recursos.

Com a industrialização tivemos o que chamamos de convenio empresas, onde as empresas forneciam assistência médica aos trabalhadores e as suas famílias através de um caixa, que elas mesmo geravam sem intervenção ou financiamento do Estado.

O Direito à Saúde foi introduzido no rol de direitos sociais após movimentos sociais no final da década de 80, causados principalmente pelos funcionários que passaram a atender pessoas menos favorecidas da sociedade e aplicar novas políticas públicas de atendimento e de uma enfermeira que levantou a discussão sobre unificar o sistema para auxiliar na administração e até mesmo gerar empregos. Essa atitude foi tão grandiosa para a política brasileira que deu origem a uma pauta da Assembleia Constituinte que terminou por definir a estrutura constitucional da política pública de saúde. Um professor chamado Arouca (1985) relata que a Reforma Sanitária se deu início na ditadura militar, como uma maneira de ir contra o governo e foi fortemente discutida em sindicatos e reuniões de conselhos estudantis (Rodrigues, Serra 2007)

Acabou sendo uma inovação constitucional, pois é o único direito que estão explicitamente citadas as políticas públicas que devem ser adotadas para sua efetivação. E para chegarem nessa conclusão, foi necessário consultar a comunidade, então além de ter sido uma inovação legal, na sua forma de lei, foi uma inovação material, pois teve o estudo da população para ser mais assertivo em suas garantas.

Já no âmbito jurídico, podemos dizer que o direito é de dupla fundamentalidade, no sentido formal e material. No sentido material trata se da relevância da garantia do direito á saúde em decorrência aos demais direitos

fundamentais, já que, para exercera-los o cidadão precisa de sua saúde e bem estar. No sentido formal por estar fundamentado em uma cláusula pétrea de nossa constituição, ou seja, é um direito que não pode ser alterado (Sarlet e Figueiredo, 2014).

Para entendermos sobre o Direito a Saúde precisamos entender, primeiramente o que é de fato ter saúde atualmente, já que se trata de um conteúdo abrangente. Para isso, foi utilizado o tema que a Organização Mundial de Saúde, após o término da Segunda Guerra Mundial expos no perambulo de sua Constituição de 1946 que saúde não é apenas a ausência de doença, mas sim “o estado de completo bem-estar físico, mental e social” (Dallari, 2008.) Conclui-se então que tal estado depende não somente de questões individuais, mas sim de um ambiente social e econômico apto, já que ambos podem afetar nosso bem-estar.

É necessário enxergar o direito a saúde de maneira sincronizada com outros setores sociais que buscam diminuir as inequidades, como acesso a moradia, educação, meio ambiente etc. Até mesmo a participação do cidadão em decisões a respeito da saúde, agindo em prol do princípio da dignidade humana e da própria democracia.

A própria Constituição Federal em seu artigo 196 trata sobre a intersetorialidade, que mais tarde será definida como um princípio para o Sistema Único de Saúde, ao falar sobre a garantia de políticas sociais e econômicas para garantir o Direito a Saúde.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

A Constituição também traz que o direito à saúde configura como um dever, que mostra, mais uma vez, que as proteções exercidas pelo Estado decorrem da garantia do direito á saúde. Nesse sentido podemos entender que, como o país está sob os modelos de uma federação todos os membros têm o dever de auxiliar na prestação, juntamente com a tripartição de poderes, o legislativo com a responsabilidade de criação de leis que concernem saúde, executivo na efetivação de programas e o judiciário na efetivação do direito prestado. Não se importando em qual esfera se encontram.

Mesmo tendo o direito como fundamental, o que é nítido, a Constituição não especificou, salvo algumas pistas o conteúdo que o abrange. No seu sentido amplo, envolve um complexo de posições jurídicas subjetivas, ou seja, interpretações doutrinárias diversas, que se dividem em direito prestacional e direito de defesa. (Sarlet e Figueredo, 2014.).

Tal direito de defesa também trata da saúde quando cita o Ministério Público e Defensorias Públicas, pois eles nos garantem que teremos nossas necessidades atendidas quando acionamos o jurídico, quaisquer sejam as condições econômicas, sociais e físicas do indivíduo. Os destinatários de tal direito são de titularidade universal, seguindo o princípio de igualdade, “os desiguais são tratados de maneira desigual”, para melhor atendimento e eficácia garantida.

O direito a saúde exige uma participação da população em suas discussões e isso é o exercício da democracia. Se essa participação não acontece. A população não exerce seu direito de democracia.

2.2 Direito a Saúde na Legislação Infraconstitucional

Embora seja de competência da União, um só ente estatal não pode garantir plenamente a saúde, porque ela envolve diversos fatores como características ambientais, econômicas e sociais e isso envolve auxílio dos municípios e estados membros, visto que há a necessidade de ter conhecimento de sua população. Isso fica nítido no âmbito de doenças transmissíveis, pois, há um volume exorbitante de seres para prestar atendimento com diferentes sintomas e circunstâncias que o levaram aquela situação.

Constitucionalmente os programas de saúde não são hierarquizados com base nas esferas de governo, mas sim na complexidade do assunto tratado. O município ou um conjunto de municípios ficam responsáveis pelo atendimento básico à população, com atendimento e assistência integrada e continua sendo responsabilizado de receberem contribuições técnicas e financeiras dos estados e da União.

Embasado no princípio da subsidiariedade, existe sim (ou deveria), uma responsabilidade compartilhada devido a ideia de que os deveres fundamentais se unem para um suporte recíproco. Além disso, está previsto na Normas Operacionais

Básicas (normas tornadas públicas através de uma portaria emitida pelo Ministro da Saúde), as diretrizes a respeito do relacionamento das três esferas em assuntos envolvendo a Saúde.

Como já demonstrado, a garantia do Direito a Saúde é de competência de todos, então, em pontos que a Constituição Federal não alcança, existem as leis infraconstitucionais, assim como também podem vir a existir matéria nas Constituições Estaduais e Leis Municipais, pois mesmo que a Constituição Federal em si não diz sobre a possibilidade, ela também não deve ser excluída. “O entrelaçamento dos interesses dos Municípios com os dos Estados, e com os interesses da Nação, decorre da natureza mesma das coisas. O que os diferencia é a predominância, e não a exclusividade.” (Dallari, 2009).

A Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 foi aprovada no Congresso Nacional no ano de 1990, e com ela trouxe inúmeras inovações, incluindo diretrizes como: universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica (Brasil, 1990).

A Lei orgânica surge para elucidar execuções do artigo 200 da Constituição Federal, definindo um conjunto de ações para eliminar ou prevenir riscos de saúde com a implementação das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária. Ambas as vigilâncias trabalham com situações específicas daquela população, a primeira se atendendo no controle de casos e identificações de ambiente para que não se torne uma epidemia e a segunda tem um teor técnico jurídico, sendo responsável pela manutenção e fiscalização de bens para prestar a saúde. (Arreaza, Moraes 2010).

Ela também age como facilitadora para a execução de alguns mandamentos propostos pelo artigo 200 da Constituição Federal, trazendo ações que são capazes de diminuir, eliminar e prevenir riscos a saúde, interações com o meio ambiente e a importância de se atentarmos a problemas sanitários e epidemiológicos, mostrando a importância da descentralização.

A LOS define o conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de saúde, como vigilância sanitária; o conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos, como vigilância epidemiológica; e o conjunto das

ações destinado a promover e proteger a saúde dos trabalhadores, bem como a sua recuperação e reabilitação, como saúde do trabalhador (Lei n. 8.080, art. 6º, §§ 1º, 2º, 3º). (Dallari, 2009).

Assim como com ela foi exigido a criação de planos de saúde estipulados pelos municípios, projeto estabelecido através de uma reunião com o NOAS (Normas Operacionais e de Assistência a Saúde) juntamente com os secretários estaduais de saúde e os secretários municipais de saúde, através da edição de 2001 do NOB ou NOAS, que caso os municípios necessitassem de recursos federais esses deveriam adotar programas federais. Por isso foi necessário com que cada município e cada estado realizasse a criação de um plano para a saúde, com projetos, ações, programas etc. Então, a LOS pode ser chamada como uma política pública, já que serve de instrumento para a garantia e construção da saúde.

A Lei Federal 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), é vista como uma lei complementar a 8080/90, já que trata de um dos princípios do SUS: a Participação Popular.

Embora a lei tenha sido homologada na década de noventa, a participação vem acontecendo desde 1941, mas teve um marco histórico em 1986, quando aconteceu uma Conferência Nacional que tratava a saúde como dever do Estado e direito do cidadão. A lei veio, apenas para positivizar atos que já estavam em tramite, como os conselhos citados. Teremos disposto em seu texto a participação da comunidade na gestão, independente de sua esfera governamental, e as transferências de recursos financeiros.

As conferências são divididas em: Municipais, Estaduais e Nacional. A municipal sendo juntamente com o CONASE, Conselho de Saúde Municipal formado pelos secretários de saúde, prestadores de serviço e profissionais de saúde juntamente da participação da população para discutirem sobre a formulação de estratégias para melhoria na saúde, tendo um modelo parecido com o CONASS com os secretários de saúde de cada município, onde também há discussões sobre as estratégias em temas pertinentes para o estado.

O Conselho Nacional de Saúde, sendo ele o CONASENS, formado por secretários estaduais de saúde, profissionais de saúde e a própria população, tem o intuito diferente, pois ela trabalha na fiscalização da execução, observando se os

planos de execução propostos estão sendo colocados em prática e para propor novos planos devendo acontecer a cada 4 anos, a não ser em situações esporádicas como a situação da pandemia do COVID 19 (Constituição Federal 1988)

A lei também dispõe que será tratado sobre os recursos financeiros que serão divididos entre os municípios e os estados através do fundo nacional, recolhido através de impostos, com destino a 70% aos Municípios e 30% aos estados membros. E para isso, é necessário acontecer a fiscalização do CONASENS, juntamente com outros requisitos como um plano de carreira e salário, prestação de contas ao município, conselho de saúde e um plano de estratégia de ações.

A Lei 9.872/99 que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, criando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, entretanto as tendências de vigilância deram início na época de cidades portuárias no Brasil, com o surto epidêmico de doenças como a varíola. Sendo o conceito de vigilância um instrumento para saúde pública, para o processo de quarentena da pessoa que já estava com a infecção e a observação dos dados de pessoas infectadas, servindo também, como um controle sob a mão de obra que sofria arduamente com as infecções e falta de acesso a saúde digna.

A vigilância passou a ser vista com mais cuidado já no século XX em uma Assembleia Organizada pela OMS, em 1968, onde foi consolidado o conceito de vigilância.

Foi então que se consolidou em nosso país o conceito de vigilância no controle de doenças transmissíveis, ficando a vigilância sanitária mais restrita ao conjunto de ações nas áreas de portos e fronteiras e passando a incluir, a partir dos anos setenta, o controle sanitário de produtos e serviços de interesse à saúde da sociedade. (Arreaza, Moraes 2007.)

Durante a assembleia também foi tratado sobre a diferença entre, o que conhecemos hoje, Vigilância Epidemiológica e Sanitária, a primeira sendo como o controle de casos obedecendo uma racionalidade técnica epidemiológica-clínica e a segunda dirigida para ambientes e produtos, observando os aspectos culturais e sociais de cada localidade. (Arreaza; Moraes, 2007)

Com a crise do setor de saúde na década de 1990, as vigilâncias serviram como ponto de partida para a aplicação do princípio de universalidade, pois passaram a enxergar como as epidemias atuavam em populações mais

necessitadas justamente em seus ambientes, sendo ambas as vigilâncias tratadas como um conjunto de ações que trabalham na coleta, análise de dados e disseminando informações.

A Lei Complementar n.141/2012, que regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal, trata sobre o repasse econômico que deve ser feito aos estados membros e municípios, buscando a redução de disparidades sociais no nosso país. A complementariedade trata das ações que devem ser feitas para essa redução, assim como uma fiscalização nos recursos, analisando onde devem ser destinados e criando conceitos para isso.

O repasse deve acontecer pelo Fundo Nacional de Saúde que é dividido em 15% arrecadado pelos valores de impostos dos municípios e distrito federal, os estados membros no valor de 12% e a União sendo a variante de acordo com o valor do exercício financeiro do ano anterior acrescido ao valor do PIB atual, sendo todo esse repasse anual.

Entretanto, anteriormente a Lei Complementar, o artigo 35 da lei 8080/1990 tratava sobre os repasses econômicos e os critérios que deveriam ser utilizados para que o repasse acontecesse de forma equitativa, mas os critérios que visavam diminuir tais disparidades não tiveram aplicação, devido uma série de fatores como ausência de debate político, dificuldade de operação e até mesmo a devida explicação da importância da equidade.

Assim, para estabelecer os valores a serem transferidos a estados, Distrito Federal e municípios, ficou estabelecido o seguinte: será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo a análise técnica de programas e projetos: I – perfil demográfico da região; II – perfil epidemiológico da população a ser coberta; III – características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; IV – desempenho técnico, econômico e financeiro do período anterior; V – níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; VI – previsão do plano quinquenal de investimento da rede; VII – ressarcimento do atendimento de serviços prestados a outras esferas de governo (Piola, Sérgio 2017).

Por isso, a Lei Complementar 142 utilizou dos critérios do artigo 35, mas estabeleceu um novo formato de repasse, sendo 70% aos municípios e 30% aos estados membros, mas os 70% dos municípios divididos em: sendo metade o repasse automático, por per capita e a outra metade desse valor seriam encaminhados após a apresentação de metas estabelecidas por programas como o

Programa Saúde da Família e de Financiamento dos Agentes Comunitários de Saúde. Tais metas estão previstas no Plano de Atenção Básica com os indicadores.

Essas e outras normas foram responsáveis para a criação de programas como o SUS, Vigilância Sanitária, programas de vacinação e do próprio Programa Saúde da Família. Elas trabalham de acordo com a demanda da população, com a mudança dos anos e prioridades, dando sempre ênfase em cuidar da garantia da saúde.

2.2.1 Sistema Único de Saúde

Após as reivindicações para uma saúde igualitária, durante a Assembleia Constituinte de 1986 foi levantado o direito a Saúde como uma garantia fundamental que deveria estar presente em nossa Constituição Federal, o que foi tratado no capítulo II Seção II chamado “Ordem Social”.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Já no seu artigo 198 foi tratado sobre as diretrizes fundamentais do Sistema Único de Saúde, sobre como deveriam ser embasados seus programas e funcionalidade, além do esquema financeiro de repasse, plano de carreira e competências.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

O SUS trabalha para a descentralização, retirando a responsabilidade solo da União, embora ela ser detentora de inúmeras políticas públicas, como o programa Saúde da Família. Além de promover a justiça social e solucionar as desigualdades na assistência á saúde da população. (Ministério da Saúde, 2009)

Criando se uma responsabilidade solidária tanto a respeito de legislação quanto assistência, a Lei Orgânica de Saúde deixa claro que se não há legislação decorrente do assunto sobre a saúde, a respeito de um problema eminente, caberá sim aos estados membros e os municípios a preencherem essa lacuna, visto que

ambos conseguem atuar de maneira mais assertiva buscando agir de maneira equitativa entre os usuários.

Com a recepção da Lei Orgânica de Saúde 8080/90, tivemos a solidificação do Sistema Único e de suas principais atividades, mas ainda deixando em aberto que a competência para legislar cabe a todos, inclusive através de normas administrativas.

Em seu artigo 6º, estão incluídas ainda no campo de atuação do SUS: I - A execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; d) de assistência terapêutica integral. (Serra, Penteadó, Fernandes, Lara 2021.)

Muito se fala sobre os princípios do Sistema Único, entretanto, existe uma divergência, ainda mais discutida, de nomenclatura a respeito de diretrizes e princípios, pois o texto constitucional em nenhum momento cita o termo princípio ao se tratar do SUS, mas sim sobre diretrizes, já a própria lei orgânica traz as duas nomenclaturas no mesmo texto, em seu artigo 7º.

Ao analisarmos o sentido das palavras, enxergamos que princípios são a base, o cerne moral de algo, por exemplo, o princípio da universalidade, ele é considerado um princípio porque se trata da base do que foi o movimento histórico de reivindicação de direitos a saúde para todos. Já diretrizes são os planos que devem ser realizados para estratégias do SUS, levando em consideração os princípios em qualquer atitude realizada dentro do Sistema Único. (Matta, 2019.)

Segundo a teoria apontada pela FIOCRUZ, o SUS é dirigido por princípios doutrinários seriam aqueles que devem ser observados por si, é a concepção que o sistema todo deve ser visto com base neles, mas acaba excluindo o caráter histórico e político, não se importando com aspectos demográficos, econômicos e sociais. E também regido pelos princípios organizativos que, por outro lado, utilizam-se dos princípios doutrinários para sua operabilidade.

Para o presente trabalho utilizaremos do sentido que princípios e diretrizes seguem como sinônimo, assim como descrito no artigo 7º da Lei Orgânica.

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - Igualdade da assistência a saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V – Direito a informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII- Participação da comunidade;
- IX -Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- X - Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI – Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência de saúde da população;
- XII - Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII - Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos. (Brasil, 1990)

A universalidade também pode ser extraída por texto constitucional e trata da assistência que todos, em território brasileiro, são assegurados. Entretanto esse princípio pode acarretar alguns desafios pois ela não pode ser atuada de maneira vazia, sozinha. Precisamos entender o princípio juntamente com o aspecto de que o conceito de saúde é do bem-estar e para isso, como já foi discutido anteriormente, é necessário uma série de outros requisitos como moradia digna, educação, transporte etc. Então o desafio enfrentado é que a universalidade deve ser compreendida como a seguridade de demais direitos, não apenas o acesso a políticas de saúde.

O princípio de Integralidade, partindo de uma análise textual trata da complexidade das ações, ou seja, qualquer tipo de assistência pode ser extraída pelo SUS e muitas vezes ela se mostra em situações intermunicipais, sendo elas

uma espécie de aliança feita entre dois ou mais municípios como uma assistência entre eles em serviços de saúde, ocorrendo principalmente em médicos especialistas. Por exemplo: o município de Pederneiras-SP possui uma relação com o município de Bauru-SP onde é realizado o encaminhamento de pacientes que necessitam de um Pneumologista (médico especialista) para o local da cidade de Bauru que atenderá a população pederneirensse. Essa situação reafirma o princípio da integralidade, garantindo que toda a população seja atendida pelo sistema e não precise recorrer para os meios judiciais.

A equidade é aplicada para suprir as desigualdades que persistem em nosso vasto território, atuando para essa suplementação em áreas com desigualdades de renda que acarretam o difícil acesso, informação, higiene, moradia e demais aspectos que garantiriam o bem-estar. Ela enfrenta desafios exatamente por esse ponto, por necessitar dessa intersectorialidade que muitas vezes não é compreendida e aplicada.

A descentralização trata do pressuposto que o SUS, assim como o direito a saúde, é de competência de todas as esferas de governo, não sendo de apenas competência única. Se encaixando com a não hierarquização, já que não há ordem hierárquica entre União, estados membros e municípios no quesito de saúde.

O SUS, para aplicação fática de seus princípios tem como dever tanto legal quanto assistencial, de ouvir sua comunidade e suas necessidades, pois ela, sendo o polo passivo dessa relação é quem mais compreende sobre suas necessidades e a onde há a falta. Portanto, além de norma legal, a participação da comunidade é a base do SUS, assim como forma de exercício da democracia.

Regulamentado pela Constituição Federal e revestido de princípios, o Sistema Único de Saúde é protegido como Instituição Pública, tendo como objetivos o artigo 5º da lei 8080/1990.

Art. 5º São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS:

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Para cumprir tais objetivos o Sistema Único de Saúde possui uma organização multiprofissional, separada por setores primários, secundários e terciários de acordo com a necessidade atual do usuário, assim como recomendado pela Política Nacional de Atenção Básica, uma portaria resultante de movimentos populares em prol da saúde, atualizada no ano de 2017. A PNAB é defendida por vários autores especialistas na área e tem como ponto principal a Estratégia Saúde da Família que implementa o programa Saúde da Família.

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

A PNAB traz em seu texto os princípios e diretrizes do SUS juntamente com as competências das Redes de Atenção em Saúde, as separando de acordo com sua especialidade e necessidade do paciente.

Tais modelos de atenção básica são entendidos como assistenciais, pois buscam combinar técnicas e tecnologias para prestar o atendimento ao indivíduo, compreendendo todo o seu aspecto social, econômico e educacional, entendendo que esses fatores influenciam no tipo de atendimento.

Modelos assistenciais, segundo Paim (1993, 1998, 1999) podem ser entendidos como 'combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, não sendo, portanto, simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde'. Nessa perspectiva, os modelos de atenção à saúde são 'formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas'. (PAIM,1999)

Podemos entender que a PNAB, mesmo tendo o foco da atenção básica nos auxilia a enxergar que o Sistema Único de Saúde é formado por áreas e dentro dessas áreas existem micro áreas, auxiliando na divisão de tarefas de acordo com a capacidade e necessidade. A ordem cronológica de atendimento ideal seria, de maneira inicial que o paciente se dirija a atenção básica próximo a sua casa (os

famosos postos de saúde), que caso não consiga solucionar seu problema, encaminhe para a unidade especializada que pode ser localizada em sua cidade ou nas proximidades.

A atenção Básica é a porta de entrada para os demais acessos de saúde e, na verdade, ao focarmos em equipes multidisciplinares, aquelas que são compostas por: médicos, enfermeiros, agentes comunitárias, técnicas de enfermagem, dentistas e auxiliares, psicólogas e assistências sociais, temos uma melhor eficácia na solução e se quer precisamos encaminhar para a especialidade, cortando gastos econômicos que teríamos e ainda sim proporcionando um melhor investimento nos pacientes.

O Sistema Único, entretanto, nunca teve como objetivo retirar as instituições privadas que prestavam serviços de saúde, pelo contrário, tratou no texto constitucional como uma complementariedade do atendimento a saúde, fiscalizando suas atividades.

2.2.2 Planos de Saúde

A questão do acesso à saúde no Brasil é uma das mais complexas devido as demais obrigações e demandas.

No Brasil, as empresas de medicina de grupo surgiram na década de 60 para atender trabalhadores do ABC paulista, devido a revolução industrial e com isso, as empresas multinacionais que atuavam na área, resolveram buscar tais empresas para suprir a falta de acesso à saúde dos seus trabalhadores (Pereira Filho, 1999).

Tal atitude se alastrou pelo país e em 1997 já tínhamos 17 milhões de brasileiros entrando no que chamamos agora de Plano de Saúde. Atualmente esse número chega a quase 51 milhões de brasileiros (Agência Nacional de Saúde Suplementar 2024)

Os Planos de Saúde são particulares, mas devem seguir as mesmas restrições e obrigações que qualquer atendimento público, proporcionando saúde igualitária para todos e são regulados pela Lei 9.656/1998, que não será abordada por não ser objeto principal deste trabalho. Além disso, existe uma relação entre o usuário do

plano e o próprio de consumo, sendo ele protegido também pelo Código de Defesa do Consumidor.

A própria Constituição ao tratar do assunto de Saúde com seriedade, estabelece que é função do governo fiscalizar e controlar os atendimentos particulares e enumerando suas atribuições, da mesma forma que faz com o Sistema Único de Saúde. Essa enumeração são responsabilidades que os convênios devem adotar para seus atendimentos.

3. Programa Saúde da Família

O programa saúde da família ele surge como uma estratégia da Rede de Atenção Básica e acaba trazendo como propósito o foco na família e na comunidade que o indivíduo está inserido. É compreendido que a estratégia surgiu devido os fatores históricos e sociais que influenciam na mudança de atendimento à saúde, então foi se percebendo que o modelo antigo, sendo ele mais técnico e de hospitalização, já não fazia mais sentido em determinado contexto.

Em 1991 nas regiões Norte e Nordeste do país foi averiguado um aumento na taxa de mortalidade materno-infantil e isso levou ao Ministério de Saúde a formularem um Programa de Agentes Comunitárias de Saúde que consistiam em profissionais da saúde buscando residências por residências situações que poderiam estar ocasionando nesse aumento da taxa de mortalidade e buscando promover a saúde naquela comunidade, além de encaminhar para o recebimento do tratamento necessário.

As comparações internacionais auxiliam na compreensão de importantes determinantes relacionados à política de saúde dos países. Um estudo que comparou indicadores como baixo peso ao nascer, mortalidade neonatal, mortalidade pós-natal, expectativa de vida e anos potenciais de vida perdidos em 13 países desenvolvidos concluiu que uma forte orientação para a atenção primária à saúde (APS) tem um efeito positivo na saúde da população, particularmente no início da vida. (Spagnuolo, Sato, Rocha, Achitti 2014)

Como resultado, o Ministério de Saúde vendo a eficácia na estratégia, passou a investir o território todo com programas saúde da família, expandindo a equipe para uma multidisciplinar que já conhecemos hoje.

No Brasil, resultados preliminares de uma avaliação do impacto do Programa Saúde da Família sobre a mortalidade infantil mostraram que o aumento em 10% da cobertura desse modelo de APS nos estados correspondeu a uma redução de 4,6% na mortalidade infantil, impacto mais significativo do que a ampliação do acesso à água potável (2,9%) ou do número de leitos hospitalares (1,3%) (Spagnuolo, Sato, Rocha, Achitti 2014)

Entretanto existe uma divergência na nomenclatura Programa e Estratégia, pois o Ministério da Saúde, embora acredite que a saúde da família é um programa, ele encara sua equipe como uma estratégia, já que ela não atua verticalmente, como uma hierarquia que está subordinada a um órgão ou especialização, mas sim como um bem feitor para promoção, prevenção e tratamento de doenças. É essa estratégia que atua de maneira que os gastos públicos em prol da saúde diminuam, pois previne o tratamento mais complexo e portanto com mais valor.

Para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados” (Labate, Rosa 2005)

O programa Saúde da Família é uma extensão da Rede de Atenção Básica e infelizmente, pode ser visto como uma assistência de baixo custo, mas o programa, por ser a porta de entrada para os demais serviços do Sistema único de Saúde, possui seu atendimento próprio, técnico e especializado em atender a comunidade.

O PSF tem como objetivo geral: “contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. As equipes de PSF, funcionando adequadamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população. (Labete, Rosa 2005)

Para o ministério de Saúde o programa, para atingir o objetivo deve atuar como “um modelo de atenção que pressupõe o reconhecimento de saúde como um direito de cidadania, expresso na melhoria das condições de vida; no que toca a área de saúde, essa melhoria deve ser traduzida em serviços mais resolutivos, integrais e principalmente humanizados” (Ministério Da Saúde, 1991). Devendo ele articular os níveis de complexidade, para promover a integralidade das ações.

Uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS é o acolhimento, sendo ela a escuta qualificada, direcionamento de ações, orientações etc. pois com ele conseguimos garantir a confiança das famílias podendo atingir mais usuários.

A Atenção de Saúde Básica ao implantar o Programa Saúde da Família conseguiu promover saúde em grupos excluídos da sociedade que antes possuíam menor atendimento devido a falta de equipamentos e comunicação necessária.

Exatamente por esses objetivos que o programa difere da atenção básica tradicional, por fazer uma diferenciação da clientela, territorialização, diagnóstico da população e após um planejamento de atuação embasado na realidade local. Tal diferenciação da clientela é o estudo de quais grupos sociais se encontram presentes no território e como melhor atuar, unindo juntamente com a territorialização que é um mapeamento do território com a determinação de área de atuação.

A determinação de território é importante para melhor atuação, por isso é recomendado que existam em torno de 600 a 1500 famílias por equipe da família, e isso é possível de identificação através do cadastramento e visitas realizadas pelos agentes comunitárias (Ministério da Saúde, 1997)

Podemos entender a importância do programa pensamos que se a população não acessa esse nível de serviço, dificilmente chegará nas especialidades e muitas vezes irá resultar na hospitalização desnecessária e compulsória. Além disso, nos prova a importância de enxergamos o sujeito dentro de sua comunidade, compreendendo as dinâmicas das áreas, o que está presente no local, para assim fazermos com que o atendimento chegue até e ele e que ele consiga procurar caso necessário.

Os Agentes Comunitários de Saúde são uma peça importante para a Estratégia ser feita, pois são eles quem realizam a busca ativa com pacientes, analisando e fazendo o diagnóstico de seu território com as comorbidades presentes e ações que devem ser realizadas. Por isso é necessário um atendimento diferenciado, fazendo como foco a família e se atentando a todos os aspectos da comunidade, para construir um vínculo com eles.

Segundo a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, do Ministério da Saúde, as competências dos agentes comunitários de saúde são:

- I – desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;
- II – trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- III – estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;
- IV – cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- V – orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- VI – desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;
- VII – acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e
- VIII – cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria no 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Diante de todo o exposto, podemos imaginar que durante a pandemia do COVID-19 que alastrou o país desde 3/02/2020, com a decretação do primeiro caso, A Atenção Básica a saúde, exatamente por ser a porta de entrada dos serviços de saúde, foi quem trabalhou na linha de frente, nos diagnósticos, orientação das famílias. E o Agente comunitário, embora a pandemia tenha gerado insegurança em como seu trabalho seria afetado, devido o contato direto com seus pacientes e suas casas, reconheceu sua importância e buscou a auxiliar em casos de pacientes suspeitos, orientação a família, encaminhamento para as especialidades e demais suportes necessários.

4. DESAFIOS PARA A EFETIVIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Apesar da relevância inquestionável do Programa Saúde da Família (PSF) como uma estratégia fundamental de atenção primária à saúde no Brasil, o programa enfrenta desafios significativos que comprometem sua plena efetividade e a realização do direito à saúde como garantido pela Constituição Federal de 1988. Esses desafios podem ser observados em várias frentes, que vão desde a escassez de recursos financeiros e humanos até a fragilidade de infraestruturas locais, a falta de reconhecimento do papel dos agentes comunitários e a descrença da população na eficiência dos serviços públicos de saúde.

Uma das principais dificuldades para a efetividade do PSF é o subfinanciamento crônico do sistema de saúde brasileiro. Desde sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta problemas relacionados à insuficiência de recursos financeiros para a execução de suas atividades. A aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, que impôs um teto para os gastos públicos por 20 anos, agravou ainda mais essa situação, limitando a capacidade do Estado de expandir e aprimorar os serviços de saúde, incluindo o PSF.

O congelamento de investimentos impõe restrições que afetam diretamente a aquisição de equipamentos médicos, a construção e manutenção de unidades de saúde, a contratação de novos profissionais e o fornecimento de insumos básicos para o funcionamento das equipes de saúde da família. Sem os recursos adequados, o PSF enfrenta dificuldades em garantir a infraestrutura mínima necessária para atender a população de maneira eficiente e em conformidade com os princípios da universalidade e integralidade do SUS.

Outro desafio estrutural que afeta a efetividade do PSF é a escassez de profissionais de saúde, especialmente em áreas rurais e regiões periféricas, onde a demanda por serviços de saúde é maior e as condições de trabalho são muitas vezes mais precárias. A falta de médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde compromete a capacidade de resposta das equipes do PSF, que muitas vezes precisam lidar com uma sobrecarga de atendimentos, prejudicando a qualidade do serviço prestado (Dussault, Poz, Gabriel, Oliveira 2016)

Além disso, a alta rotatividade de profissionais é uma realidade enfrentada pelo programa, principalmente devido às condições de trabalho insatisfatórias, como

baixos salários, falta de recursos e infraestrutura inadequada. Esse fenômeno gera descontinuidade no atendimento e dificulta a criação de vínculos entre as equipes de saúde e a comunidade, uma das bases essenciais para o sucesso do PSF. A relação de confiança entre os profissionais de saúde e os pacientes, muitas vezes construída ao longo de anos, é frequentemente rompida com a troca de pessoal, prejudicando o acompanhamento contínuo e eficaz dos usuários.

A infraestrutura precária das Unidades Básicas de Saúde (UBS) é outro fator limitante para a efetividade do Programa Saúde da Família. Em muitas regiões, as unidades de saúde operam sem os equipamentos necessários para realizar atendimentos básicos de qualidade. Problemas como a ausência de equipamentos de diagnóstico, falta de medicamentos essenciais e insumos básicos, como luvas, seringas e material de curativo, são recorrentes e afetam o atendimento (Dussault, Poz, Gabriel, Oliveira 2016)

Além disso, a falta de manutenção das instalações das unidades de saúde e a insuficiência de leitos e salas de atendimento geram constrangimentos tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde. Muitas UBS, especialmente em regiões mais pobres, enfrentam dificuldades até para prover um ambiente adequado para a espera dos pacientes, como cadeiras, ventilação e sanitários em boas condições.

O Brasil é um país de dimensões continentais e, como tal, apresenta grandes desigualdades regionais, tanto econômicas quanto de acesso a serviços públicos. O Programa Saúde da Família enfrenta desafios distintos dependendo da localização geográfica, com as regiões Norte e Nordeste sendo tradicionalmente mais afetadas por carências estruturais. Nessas áreas, onde a pobreza é mais prevalente e a infraestrutura pública é historicamente mais fragilizada, o PSF encontra maiores dificuldades para oferecer serviços de saúde adequados.

Além disso, a logística de atendimento em áreas rurais, regiões de difícil acesso e comunidades isoladas também complica a implementação das políticas de saúde. Em muitos casos, o deslocamento de equipes e o transporte de medicamentos e materiais de saúde são comprometidos por estradas em más condições e a distância entre as unidades de saúde e as residências dos pacientes, o que torna o acompanhamento regular e preventivo mais difícil.

Outro desafio para a efetividade do PSF é a descrença da população na qualidade dos serviços de saúde pública. Muitas comunidades atendidas pelo programa demonstram resistência em confiar nas equipes de saúde, seja devido a experiências negativas anteriores ou à percepção de que o serviço público é ineficiente. A falta de confiança nas políticas públicas de saúde pode resultar na baixa adesão a programas de promoção da saúde e na evasão de consultas, o que compromete o alcance das ações preventivas que são centrais ao modelo do PSF (Coelho, 2012)

Além disso, a baixa participação comunitária nos processos decisórios do sistema de saúde também limita a capacidade do PSF de se adaptar às necessidades reais da população. O princípio da participação popular, previsto tanto na Constituição Federal quanto na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), é uma peça fundamental para o sucesso do programa, pois permite que as ações de saúde sejam moldadas com base nas demandas locais. No entanto, em muitas regiões, a falta de engajamento dos cidadãos nas discussões sobre saúde pública prejudica a implementação de políticas mais eficazes e participativas.

A desvalorização dos profissionais de saúde que atuam no Programa Saúde da Família é outro problema que afeta diretamente a qualidade do serviço prestado. A falta de reconhecimento pelo trabalho árduo realizado, especialmente pelos agentes comunitários de saúde, gera frustração e desmotivação. Esses profissionais são fundamentais para o sucesso do PSF, pois atuam na linha de frente, realizando visitas domiciliares, promovendo campanhas de saúde e servindo de elo entre a comunidade e o sistema de saúde.

A ausência de incentivos, tanto financeiros quanto de capacitação profissional, impede o desenvolvimento de competências e a retenção de talentos nas equipes de saúde. Além disso, a sobrecarga de trabalho, aliada à falta de recursos, faz com que muitos profissionais deixem o programa em busca de melhores oportunidades no setor privado ou em áreas com condições de trabalho mais favoráveis.

E um desafio que vem crescendo de maneira significativa é a judicialização da saúde. Com a ineficiência do sistema em atender a todas as demandas da população, muitos cidadãos recorrem ao Poder Judiciário para garantir o acesso a medicamentos, tratamentos e procedimentos que não estão sendo fornecidos pelo

SUS ou pelo PSF em tempo hábil. Essa judicialização, embora necessária em muitos casos, sobrecarrega ainda mais o sistema de saúde, desviando recursos que poderiam ser utilizados em medidas preventivas ou na ampliação dos serviços de atenção básica.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa um marco na história das políticas públicas de saúde no Brasil, fruto de uma intensa mobilização social e do esforço para garantir o direito à saúde como um bem comum e inalienável. No entanto, é fundamental compreender que o SUS também surgiu dentro de uma lógica econômica capitalista, em que o cuidado com a saúde dos trabalhadores era visto como uma necessidade para manter a força de trabalho produtiva e garantir a continuidade da geração de riquezas. Assim, o SUS foi, em parte, uma resposta pragmática para a preservação de uma mão de obra saudável, essencial para o funcionamento do sistema econômico, mais do que uma expressão plena de cuidado com a dignidade humana.

Esse contexto é crucial para entender os limites e as contradições do sistema de saúde público no Brasil. A criação do SUS, formalizada na Constituição de 1988, foi uma vitória importante na luta pela universalização do acesso à saúde, mas sua implementação aconteceu em um cenário político e econômico marcado pelo avanço do neoliberalismo. Este movimento global, que pregava a redução do papel do Estado e a transferência de responsabilidades para o setor privado, impôs barreiras significativas para a concretização dos ideais da Reforma Sanitária, um movimento que lutava por um sistema de saúde mais inclusivo, equitativo e integral.

O SUS, apesar de ter trazido melhorias consideráveis, não conseguiu atender plenamente as demandas populares. Muitos aspectos críticos, como o financiamento adequado, foram deixados de lado devido à pressão de políticas neoliberais que priorizavam o controle fiscal e a austeridade sobre o bem-estar social. O Programa Saúde da Família (PSF), que deveria ser um dos pilares do SUS na promoção da atenção básica e na prevenção de doenças, sofre até hoje com os impactos dessas escolhas políticas. A Emenda Constitucional 95/2016, que congelou os gastos públicos por 20 anos, exemplifica o quanto o financiamento do SUS é limitado, resultando em insuficiência de recursos, profissionais sobrecarregados e infraestrutura precária.

Além disso, é importante reconhecer que a própria estrutura do SUS, em alguns momentos, reflete o histórico de descaso e preconceito social presente no Brasil. O sistema trata seus usuários, muitas vezes, de forma fragmentada, como

"pedaços de gente" doentes, focando na doença em si e não no indivíduo como um todo. O modelo de atenção muitas vezes se concentra no tratamento médico e não na promoção de uma saúde integral, que leve em consideração os determinantes sociais da saúde, como moradia, saneamento, educação e qualidade de vida. Essa abordagem limitada desumaniza o atendimento e perpetua um ciclo de desigualdades, onde os mais pobres, que dependem exclusivamente do SUS, enfrentam longas filas, falta de acolhimento e um atendimento que, em muitos casos, não resolve suas necessidades de forma satisfatória.

A mercantilização da saúde, impulsionada por políticas privatizantes, é outro fator que agrava os problemas do SUS. O acesso à saúde se transforma em uma mercadoria, onde quem pode pagar por planos de saúde privados recebe um atendimento mais ágil e completo, enquanto a maioria da população, que depende exclusivamente do sistema público, enfrenta as dificuldades cotidianas de um sistema subfinanciado e sobrecarregado. Esse processo de privatização e mercantilização da saúde, longe de resolver os problemas do SUS, apenas aprofunda as desigualdades sociais, relegando a população mais vulnerável a um atendimento precário.

No entanto, apesar desses desafios, o SUS tem um potencial transformador. Ele foi criado com base em princípios de universalidade, integralidade e equidade, e é essa base que deve ser fortalecida. Para que o Programa Saúde da Família (PSF) e o próprio SUS se tornem verdadeiramente eficazes, é necessária uma mudança radical no modelo de atenção à saúde, que reconheça o cidadão como um ser humano integral, com direitos e dignidade. A saúde pública deve se voltar para práticas interativas e holísticas, que considerem não apenas os aspectos físicos, mas também os fatores sociais e psicológicos que influenciam o bem-estar das pessoas.

Além disso, o conceito de humanização do atendimento deve ser central. Isso significa tratar cada paciente com respeito e dignidade, desde o momento da recepção até a oferta de um ambiente limpo, confortável e acolhedor nas unidades de saúde. A humanização não é apenas um complemento do sistema, mas deve ser um valor fundamental que permeie todas as políticas de saúde, a fim de construir um SUS que realmente sirva a população de maneira justa e eficaz.

A sustentabilidade e a legitimidade do SUS dependem, portanto, de uma verdadeira reformulação que vá além dos aspectos financeiros e administrativos. É necessário fortalecer o compromisso com a cidadania e a dignidade humana, abandonando a lógica de fragmentação do cuidado que vê o paciente como um mero instrumento para a manutenção da força de trabalho. O SUS deve ser um espaço de acolhimento e promoção da saúde, em que as políticas públicas estejam voltadas para atender as reais necessidades da população e não os interesses econômicos de curto prazo.

Por fim, a superação desses desafios depende da pressão social e da mobilização contínua da sociedade civil. O SUS é um dos maiores patrimônios do Brasil, mas para que ele atinja todo o seu potencial, é fundamental que o Estado retome seu papel central na garantia dos direitos sociais, abandonando a política de austeridade e ampliando os investimentos em saúde. Somente assim será possível garantir que o SUS, e particularmente o Programa Saúde da Família, deixe de ser um sistema fragmentado e desumanizante e se torne uma ferramenta poderosa para a promoção da saúde integral e da cidadania para todos os brasileiros.

REFERÊNCIAS

ARREAZA, Antonio Luis Vicente; MORAES, José Cássio de. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. 2008.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2009. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de; MENDES, Antonio da Cruz Gouveia; NETO, Pedro Miguel dos Santos. O objeto de trabalho na Estratégia Saúde da Família. 2018.

COBAITO, Francisco Carlos; COBAITO, Victor Quintães. SUS – Sistema Único de Saúde: a gênese, contemporaneidade, e os desafios do amanhã. 2020.

COELHO, Juliana Sousa. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. 2012.

DALLARI, Sueli Gandolfi. A construção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

DUARTE, Rafael Bezerra; MEDEIROS, Lucenir Mendes Furtado; ARAÚJO, Maria Jacielma Alves de Melo; CAVALCANTE, Ana Suelen Pedroza; SOUZA, Eduardo Carvalho de; ALENCAR, Olga Maria de; MARINHO, Mirna Neyara Alexandre de Sá Barreto; SILVA, Maria Rocineide Ferreira da. Agentes comunitários de saúde frente à COVID-19: vivências junto aos profissionais de enfermagem. 2020.

FLAUZINO, Jhonas Geraldo Peixoto; ANGELINI, Carina Fernanda Robles. O direito à saúde e a legislação brasileira: uma análise a partir da Constituição Federal de 1988 e lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS). 2022.

GARUZI, Miriane; ACHITTI, Maria Cecília de Oliveira; SATO, Cintia Ayame; ROCHA, Suelen Alves; SPAGNUOLO, Regina Stella. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. 2014.

LARA, Mariana; FERNANDES, Clemente Maia da Silva; PENTEADO, Valéria Pavão; SERRA, Mônica da Costa. Direito à saúde e judicialização no acesso a tratamentos de média e alta complexidade pelo Sistema Único de Saúde (SUS). 2021.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. 2018.

MATTA, Gustavo. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. 2007.

OLIVEIRA, Ana Paula Cavalcante de; GABRIEL, Mariana; DAL POZ, Mario Roberto; DUSSAULT, Gilles. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. 2016.

PEREIRA FILHO, Luiz Tavares. Iniciativa privada e saúde. Estudos Avançados, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 79-88, 1999.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. 2005.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. O direito fundamental à proteção e promoção da saúde no Brasil: principais aspectos e problemas. Temas Aprofundados. Defensoria Pública do Estado, Editoria Juspodivim, 2014, p. 111-146.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado – RERE, Salvador, n. 9, p. 69-97, nov./dez. 2007.

TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. [SCIELO], 2006.