

**UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS):  
análise das ofertas de cursos em educação  
permanente frente a determinadas ocorrências  
epidemiológicas no país**

**MÔNICA MACHADO DUARTE**

**PIRACICABA, SP  
(2016)**

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS):  
análise das ofertas de cursos em educação  
permanente frente a determinadas ocorrências  
epidemiológicas no país**

**MÔNICA MACHADO DUARTE**

**ORIENTADOR: PROF. DR. CLEITON DE OLIVEIRA**

**Tese apresentada à Banca  
Examinadora do Programa de Pós-  
Graduação em Educação da  
UNIMEP como exigência parcial  
para obtenção do título de Doutor  
em Educação.**

PIRACICABA, SP

(2016)

**BANCA EXAMINADORA**

**Prof. Dr. Cleiton de Oliveira (orientador)**

**Prof. Dr. César Romero Amaral Vieira**

**Profa. Dra. Maria da Luz do Rosário Sousa**

**Prof. Dr. Olney Leite Fontes**

**Prof. Dr. Pedro Ganzeli**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço aos professores da Pós-Graduação em Educação da UNIMEP, que no decorrer do Doutorado puderam me apresentar à amplitude do campo educacional.

Ao meu orientador, Cleiton de Oliveira, pela dedicação, paciência e companheirismo no decorrer da pesquisa.

Em especial à minha amiga Carolina Martim, que pacientemente me auxiliou e incentivou a seguir em frente, dedicando muito tempo a ler e corrigir a minha escrita.

Ao meu marido, Pedro Duarte Novaes e ao meu filho, Vinícius Machado Duarte Novaes pelo apoio e incentivo.

Ao gerente do Centro de Especialidades Odontológicas, Arlindo de Azeredo Filho grande incentivador, sem o apoio do qual não teria o tempo necessário para me dedicar a este trabalho.

À Coordenadora de Saúde Bucal, Dirce Aparecida Valério da Fonseca.

Ao Diretor do Núcleo de Apoio Administrativo da Secretaria de Saúde do Município de Piracicaba, Antônio Carlos Gonçalves Alves (Kaká).

À Diretora do Departamento de Recursos Humanos do Município de Piracicaba, Sueli Aparecida Machi Calixto.

Ao Secretário de Saúde do Município de Piracicaba, Pedro Antônio de Mello.

Ao Secretário de Saúde do Município de Piracicaba (2005-2012), Fernando Ernesto Cárdenas.

O presente trabalho foi realizado com apoio da CAPES.

Dedico essa pesquisa à minha família.

## RESUMO

A Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) capacita profissionais de saúde que atuam no SUS em parcerias principalmente com as Universidades Federais, conveniadas com o MEC na modalidade de educação a distância. Iniciou em 2008 com a parceria de cinco universidades, a seguir mais nove instituições se associaram em 2010 e em 2013 houve nova ampliação, com a qual a UNA-SUS alcançou o número de 35 universidades, quantidade que se manteve até março de 2016. O sistema UNA-SUS disponibiliza diferentes modalidades de ensino, como curso de especialização, cursos livres de atualização, aperfeiçoamento, qualificação profissional e mestrado profissional. O objetivo geral da pesquisa foi analisar os dados epidemiológicos frente aos cursos oferecidos pela UNA-SUS, do ano de 2008 até o primeiro semestre de 2016. Os objetivos específicos concernem em identificar histórica e legalmente a organização política e administrativa do território brasileiro; estabelecer como se organizou histórica e legalmente o serviço de saúde pública no Brasil; caracterizar o Sistema de Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS. A hipótese inicial da pesquisa parte da ideia de que o potencial da UNA-SUS em oferecer educação permanente para os profissionais da área da saúde resulta na coerência entre a temática e busca por cursos ofertados com as ocorrências epidemiológicas regionais. Para o desenvolvimento da pesquisa foram empregados procedimentos metodológicos quantitativos e qualitativos que envolveram pesquisa bibliográfica e análise documental em livros e revistas eletrônicas, *sites* com os dados epidemiológicos e dos cursos disponíveis na UNA-SUS, além da revisão da legislação tendo como fonte principal o *site* do Governo Federal. A pesquisa se estruturou em três partes. A primeira estabeleceu a organização histórica do território brasileiro, com ênfase no federalismo e na análise dos aspectos centralizadores e descentralizadores da prática política brasileira. A segunda identificou como se desenvolveram os serviços e políticas públicas para a área da saúde no que tange à história, organização e fatos políticos. E na terceira parte, com enfoque no objeto da pesquisa, apresenta um recorte dos cursos da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) que abordam três temáticas: tuberculose, Zika vírus e envelhecimento populacional; bem como uma análise frente a dados epidemiológicos pertinentes. Esta análise demonstrou que a hipótese inicial não pode ser confirmada em relação ao tema tuberculose, pois a sua maior incidência e coeficiente de mortalidade não levou a mais matrículas nos cursos, já na temática Zika isto ocorreu em parte, pois 23 estados tiveram baixa ocorrência da doença e baixa taxa de matrículas. A hipótese em relação ao envelhecimento

populacional é de que houvesse mais matrículas onde o percentual de idosos dentro do estado fosse maior, o que também não ocorreu.

**Palavras-chave:** UNA-SUS. Políticas Públicas em Saúde. Educação e Saúde. Educação Permanente em Saúde.

## SUMMARY

The Open University of SUS (UNA-SUS) enables health professionals who work in the SUS (Unified Health System) mainly in partnership with Federal Universities that have agreements with MEC in the Distance Education Program. UNA-SUS started in 2008 with a partnership of five universities, next nine institutions joined in 2010 and in 2013 there was a new expansion in which UNA-SUS reached a total of 35 universities, a number that remained intact until March 2016. The UNA-SUS system provides different methods of teaching, such as specialization courses, free updating courses, improvement courses, professional qualification courses and Professional Masters Courses. The overall objective of the research was to analyze the epidemiological data in the courses offered by UNA-SUS, from 2008 to the first half of 2016. The specific objectives are to identify historically and legally the political and administrative organization of Brazil; to establish how the public health service in Brazil was historically and legally organized; to characterize the SUS Open University System - UNA-SUS. The initial hypothesis of the research originated in the idea that the potential of the UNA-SUS to provide permanent education for health professionals results in consistency between the theme and search for courses with regional epidemiological occurrences. Quantitative and qualitative methodological procedures were employed for the development of the research using literature and document analysis in books and electronic journals, websites with epidemiological data and the courses available at UNA-SUS, in addition to the legislation review conducted mainly in the Federal Government website. The research was structured in three parts. The first part established the historical organization of the Brazilian territory, with emphasis on federalism and analysis of centralizing and decentralizing aspects of the Brazilian political practice. The second part identified how public policies and services developed in the health sector regarding history, organization and political events. And the third part, focused on the research objective, presents part of the courses offered by the Open University of SUS (UNA-SUS) that address three topics: tuberculosis, Zika virus and population aging; as well as an analysis of relevant epidemiological data. This analysis showed that the initial hypothesis cannot be confirmed in relation to the tuberculosis topic because its higher incidence and mortality rate did not lead to more enrollments in courses, as to the Zika theme this occurred partly because 23 states had low occurrence of this disease and low enrollment rate. The hypothesis concerning population aging is that there would be more course registrations in states that had a higher percentage of elderly people, which also did not happen.

**Keywords:** UNA-SUS. Public Policies in Health. Education and Health. Permanent Education in Health.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Ações e programas instituídos pelo governo federal brasileiro no âmbito da formação e educação continuada de trabalhadores da saúde, 1993 – 2013.....	73
<b>Quadro 2</b> - Instituições Ofertantes e Área de Cobertura dos Cursos de Especialização do PROVAB no ano de 2015.....	84
<b>Quadro 3</b> - Distribuição dos Cursos no ARES por Instituição, 2008-2016.....	85
<b>Quadro 4</b> - Distribuição dos Profissionais Matriculados em Cursos do Sistema UNA-SUS por Unidade da Federação de Atuação, 2008-2016.....	89
<b>Quadro 5</b> - Taxa de Incidência da Tuberculose por 100 mil/habitantes, por Unidade da Federação - anos 1990, 2000, 2010 e 2012.....	112
<b>Quadro 6</b> - Série Histórica do Coeficiente de Mortalidade de Tuberculose, Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de Diagnóstico (1990, 2000, 2010 e 2014).....	115
<b>Quadro 7</b> - Distribuição das Matrículas dos Cursos da UNASUS com a Temática Tuberculose em Números Absolutos e Percentuais e Municípios Contemplados, por Unidade da Federação.....	117
<b>Quadro 8</b> - Distribuição por Unidade da Federação: Matrículas (%) no Curso com a Temática Tuberculose, População Total (%) em 2012 e Incidência da Tuberculose (casos/100 mil hab.) em 2012.....	119
<b>Quadro 9</b> - Taxa de incidência de febre pelo vírus Zika, por Unidade da Federação, até a Semana Epidemiológica 23 de 2016.....	126
<b>Quadro 10</b> - Distribuição das Matrículas do Curso com a Temática Zika, Quantidade de Municípios Contemplados e Percentual da População por Unidade da Federação.....	128
<b>Quadro 11</b> - Relação entre a incidência da Zika (/100 mil habitantes e as matrículas no curso da UNA-SUS por Unidade da Federação.....	129
<b>Quadro 12</b> – Cursos ofertados pela UNA-SUS com a temática Idosos.....	140
<b>Quadro 13</b> - Distribuição dos Cursos da UNA-SUS sobre a Temática Idosos, de acordo com a Quantidade de Municípios por Unidade da Federação.....	142
<b>Quadro 14</b> – Relação entre o Percentual da População, Matrículas dos Cursos e População Maior de 65 anos por Unidade Federativa.....	144

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Taxa Média Geométrica de Crescimento Demográfico Anual no Brasil (1940-2010).....	132
<b>Gráfico 2</b> - Pirâmide Etária da População, por Sexo Brasil, 1950-2050.....	132
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição da população, por grupos etários Brasil – 1950-2050.....	134

## LISTA DE SIGLAS

ABED – Associação Brasileira de Educação a Distância

AIS – Ações Integradas de Saúde

ANC – Assembleia Nacional Constituinte

ANS – Agência Nacional de Saúde

ARES – Acervo de Recursos Educacionais em Saúde

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

Cebes – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CES – Conselho Estadual de Saúde

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CIPLAN – Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNRH/Ipea – Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada

CNRHS – Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde

CNRM – Comissão Nacional de Médicos Residentes

CNRS – Comissão Nacional da Reforma Sanitária

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONASEMS – Representação do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde

CONASP – Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária

CONASS – Representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde

Copag – Comissão do Plano de Ação Governamental

CPMF – Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira

D.O.U. – Diário Oficial da União

DATAPREV – Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DF – Distrito Federal

DMP – Departamentos de Medicina Preventiva

EaD – Ensino a Distância

ENSP FIOCRUZ – Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ

ESF – Estratégia de Saúde da Família  
FESF-BA – Fundação Estatal Saúde da Família do Estado da Bahia  
FHC – Fernando Henrique Cardoso  
Finep – Financiadora de Estudos e Projetos  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
FOP – Faculdade de Odontologia de Piracicaba  
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde  
GERUS – Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do SUS  
I CNRHS – I Conferência Nacional de Recursos Humanos  
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões  
IBAM – Instituto Brasileiro de Administração Municipal  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IEC – Instituto Evandro Chagas  
II PND – II Plano Nacional de Desenvolvimento  
Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
IOC – Instituto Oswaldo Cruz  
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada  
IR – Imposto de Renda  
MDB – Movimento Democrático Brasileiro  
MEC – Ministério da Educação  
MES – Ministério da Educação e Saúde  
Mesp – Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública  
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social  
MS – Ministérios da Saúde  
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde  
NOB – Normas Operacionais Básicas  
NOB/RH-SUS – Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS  
OAB – Ordem dos Advogados do Brasil  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde  
PAB – Piso da Atenção Básica

PAIS – Plano de Ações Integradas de Saúde

PDR – Política de Dinamização Regional

PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PITS – Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde

PPI – Programação Pactuada e Integrada

PPREPS/OPAS – Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da OPAS

PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

PROFAPS – Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde

PROFORMAR – Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde

PROMED – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas

PRÓ-RESIDÊNCIAS – Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas

PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

REGESUS – Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS

RET-SUS – Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

SAS/MS – Secretaria de Atenção à Saúde

SBH – Sociedade Brasileira de Higiene

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SES-MG – Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais

Sesp – Serviço de Saúde Pública

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SISPACTO – Sistema de Monitoramento do Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa

SMN – Serviço de Malária do Nordeste

SUS – Sistema Único de Saúde

TCG – Termo de Compromisso de Gestão

TELESAÚDE – Programa Nacional Telessaúde Brasil

TSBs – Técnicas em Saúde Bucal

UEA – Universidade do Estado do Amazonas

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

UFC – Universidade Federal do Ceará

UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFMS – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul

UFPel – Universidade Federal de Pelotas

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UNA-SUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

UnB – Universidade de Brasília

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

VER-SUS – Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>1 OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	15
<b>2 ESTRUTURA DO TEXTO</b> .....	18
<b>CAPÍTULO I - CARACTERÍSTICAS DO FEDERALISMO BRASILEIRO</b> .....	20
<b>1.1 FEDERALISMO, CENTRALIZAÇÃO, DESCENTRALIZAÇÃO</b> .....	20
<b>1.2 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988</b> .....	28
<b>CAPÍTULO II – DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE NO BRASIL</b> .....	32
<b>2.1 HISTÓRICO DOS SERVIÇOS E POLÍTICAS PÚBLICAS</b> .....	32
<b>2.1.1 Período Colonial e Imperial</b> .....	32
<b>2.1.2 Período Republicano de 1889 a 1964</b> .....	35
<b>2.1.3 Período do Governo Autoritário Militar</b> .....	44
<b>2.1.4 Período da Redemocratização</b> .....	50
<b>CAPÍTULO III – EDUCAÇÃO NA SAÚDE: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS)</b> .....	69
<b>3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) - FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE</b> .....	69
<b>3.2 AÇÕES E PROGRAMAS DO SUS EM EDUCAÇÃO PARA OS RECURSOS HUMANOS</b> .....	72
<b>3.3 O SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS)</b> .....	78
<b>3.4 A REDE UNA-SUS</b> .....	79
<b>3.5 ACERVO DE RECURSOS EDUCACIONAIS EM SAÚDE – ARES</b> .....	82
<b>3.6 PLATAFORMA AROUCA</b> .....	86
<b>3.7 ANÁLISE DOS CURSOS DISPONÍVEIS NA UNA-SUS , FRENTE À OCORRÊNCIA DE TUBERCULOSE, ZIKA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL</b> .....	87
<b>3.7.1 Oferta de Cursos da UNA–SUS</b> .....	87
<b>3.7.2 Doenças de Notificação Compulsória</b> .....	102
<b>3.7.3 Tuberculose</b> .....	103

<b>3.7.3.1 UNA-SUS e Tuberculose.....</b>	<b>109</b>
<b>3.7.3.1.1 Ações para Controle da Tuberculose na Atenção Básica.....</b>	<b>109</b>
<b>3.7.3.1.2 O Curso Manejo da Coinfecção TB-HIV.....</b>	<b>110</b>
<b>3.7.3.2 Análise das Ofertas dos Cursos com a Temática Tuberculose, Mediante a Distribuição da População Brasileira.....</b>	<b>111</b>
<b>3.7.4 Zika no Cenário Mundial e Nacional.....</b>	<b>120</b>
<b>3.7.4.1 UNA-SUS e Zika.....</b>	<b>122</b>
<b>3.7.4.1.1 Zika: abordagem clínica na atenção básica.....</b>	<b>123</b>
<b>3.7.4.2 Análise das Ofertas dos Cursos com a Temática Zika, Mediante a Distribuição da População Brasileira.....</b>	<b>125</b>
<b>3.7.5 População Idosa no Cenário da Projeção Demográfica no Brasil.....</b>	<b>130</b>
<b>3.7.5.1 UNA-SUS e População Idosa.....</b>	<b>135</b>
<b>3.7.5.1.1 Abordagem Domiciliar em Situações Clínicas Comuns em Idosos.....</b>	<b>135</b>
<b>3.7.5.1.2 Capacitação em Saúde da Pessoa Idosa.....</b>	<b>136</b>
<b>3.7.5.1.3 Cuidadores e a Atenção Domiciliar.....</b>	<b>137</b>
<b>3.7.5.1.4 Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa.....</b>	<b>138</b>
<b>3.7.5.1.5 Curso Saúde da Pessoa Idosa.....</b>	<b>139</b>
<b>3.7.5.1.6 Especialização em Saúde da Pessoa Idosa.....</b>	<b>139</b>
<b>3.7.6 Análise das Ofertas dos Cursos com a Temática Idosos, Mediante a Distribuição da População Brasileira e a Projeção Populacional.....</b>	<b>139</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>146</b>
<b>REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....</b>	<b>152</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>173</b>
<b>Anexo 1 – Lista Nacional de Notificação Compulsória.....</b>	<b>173</b>

## INTRODUÇÃO

A temática Educação em Saúde me é pertinente por conta da minha graduação em Odontologia e pelo meu trabalho na Prefeitura de Piracicaba/SP como responsável pelas palestras acerca dos cuidados referentes à higiene bucal, a pequenos grupos de pacientes. As dúvidas sobre o quanto das informações estavam sendo apreendidas e a adequação da linguagem utilizada surgiam diante da diversidade de reação dos pacientes, que demonstravam rostos por vezes interessados, ou que indicavam “não sei o que estou fazendo aqui”. Diante disso, fiz a experiência de transferir as palestras às Técnicas em Saúde Bucal (TSBs)<sup>1</sup>, que atingiram o objetivo de esclarecer aos pacientes sobre os cuidados e o porquê de fazê-los. Pude constatar isso diante do retorno que os pacientes me davam nas consultas, onde em geral, elogiavam muito as profissionais e demonstravam satisfação em terem participado das sessões.

A formação dessas TSBs da Prefeitura Municipal de Piracicaba ocorreu no curso técnico oferecido pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba - FOP. Diante do encerramento do curso percebi que tínhamos dificuldade em repor essas profissionais, pois nenhuma outra instituição oferecia esse tipo de formação na cidade. Dessa forma, a aproximação com o campo da educação e suas políticas no Doutorado, poderá me auxiliar a colaborar na reativação deste curso no município de Piracicaba. Para tanto, estive em contato desde 2011 com a coordenadora da área de odontologia no município de Piracicaba, Sra. Dirce Valério da Fonseca, a qual tem implementado esforços junto à Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, no intuito de reativar o curso, não mais ministrado pela FOP, pelos próprios funcionários da área da odontologia da prefeitura.

O fato de ter feito mestrado na área de Histologia, ser concursada na clínica odontológica da Prefeitura e pretender me envolver com a educação das TSBs, fez com que eu sentisse a necessidade de ampliar os meus horizontes, para além do que ocorre na clínica, no sentido de entender como se organiza as políticas de saúde e suas respectivas políticas educacionais. Em conversa com meu orientador Dr. Cleiton de Oliveira, professor do PPGE- Programa de Pós-Graduação em Educação da UNIMEP, levantamos questões comuns entre as áreas da educação e

---

<sup>1</sup> O Técnico em Saúde Bucal é o profissional habilitado a atuar na área de saúde dentária, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista, executando atividades clínicas voltadas para o restabelecimento da saúde, conforto, estética e função mastigatória do indivíduo como radiografias, limpeza e polimento de dentes, remoção de tártaro, remoção de suturas e inserção de materiais restauradores em cavidades dentárias já preparadas pelo dentista. Participa do treinamento e capacitação do Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde, assim como das ações educativas ao atuar na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais (APCD, 2016).

da saúde, como o federalismo e a municipalização. Por fim, o tema educação em saúde se revelou uma oportunidade de pesquisa, pois como há cinco anos não tem sido possível a implementação do curso pela prefeitura na modalidade presencial, pensei em alternativas de cursos a distância e o sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS), por meio da Educação a Distância - EaD, se mostrou uma possibilidade de parceria viável entre a Secretaria de Saúde do município de Piracicaba e alguma instituição Universitária.

A UNA-SUS utiliza a modalidade Ensino a Distância - EaD e o seu público alvo são os profissionais da saúde do SUS, aos quais é oferecida a oportunidade de participar de cursos cujas temáticas pretendem aprimorar seus conhecimentos numa relação direta com sua realidade de trabalho. O objetivo central da UNA-SUS é complementar as possíveis lacunas na formação universitária, por meio de uma redistribuição do acesso a educação via Ensino a Distância, visto que nessa modalidade os alunos matriculados não estão restritos, necessariamente, ao local físico onde o curso é oferecido, nem a horário pré-determinado, o que poderia compensar a falta de instituições e educadores em algumas regiões do país. Por outro lado, resgatando o temor de Milton Santos (2010), esse processo também pode se tornar excludente, pois requisitos tecnológicos exigidos para a EaD não estão sempre acessíveis a todos os cidadãos.

Os conceitos, elementos e premissas que compõem o sistema UNA-SUS revelaram políticas públicas abrangentes e complexas, o que nos fez considerar a necessidade de fazer um recorte. Num primeiro momento a intenção era estudar os cursos ligados à área da odontologia, no entanto na lista de cursos disponíveis no site da UNA-SUS, há apenas um curso e focado somente nas pessoas com deficiência. Então optamos por uma visão geral de como funciona a UNA-SUS e de seu alcance, assim escolhemos pesquisar se há congruência em relação às matrículas efetuadas<sup>2</sup> nas temáticas dos cursos oferecidos, com a epidemiologia de doenças de notificação compulsória (Anexo 1)<sup>3</sup> e envelhecimento populacional, nas diferentes regiões, estados e capitais do país. As doenças que compõe esta lista entram na prioridade da Saúde Pública por causa do impacto de morbidade e mortalidade que podem ocasionar. A tuberculose é uma das doenças que estava presente na primeira lista de 1914 e na mais recente, de 2016, que

---

<sup>2</sup> As matrículas efetuadas não correspondem ao total de concluintes, inclusive porque havia cursos em andamento.

<sup>3</sup> Foi definida pela primeira vez no Brasil no Art. 162 do Decreto nº 10.821, de 18 de março de 1914, uma lista de 17 doenças, dentre as quais a tuberculose, que obriga o médico mediante diagnóstico avisar o órgão público responsável (BRASIL, 1914). Esta lista foi revisada e atualizada conforme a necessidade epidemiológica de cada momento e a mais recente foi determinada pela Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, na qual consta 48 doenças e agravos e obriga outros profissionais da saúde ou responsáveis pelo serviço, seja público ou privado, a reportar o que for diagnosticado em conformidade com o Art. 8º da Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 (BRASIL, 2016).

incluiu também a febre Zika notificada pela primeira vez em 2015. Esta escolha se justifica como instrumento passível de demonstração de como a Saúde Pública lida com questões antigas, emergentes e as previsíveis, como é o caso do envelhecimento populacional. E, neste sentido investigamos quais os esforços em educação permanente para suprir tais necessidades. O recorte que propusemos desenvolver se desdobra em um estudo de caso, cujo foco foi determinar e estabelecer os contornos da investigação, considerando que não foi possível abarcar todos os ângulos do fenômeno num tempo delimitado. “A seleção de aspectos mais relevantes e a determinação do recorte é, pois, crucial para atingir os propósitos do estudo de caso e para chegar a uma compreensão mais completa da situação estudada” (LÜDKE e ANDRÉ, 1986, p. 22).

Entendemos que o estudo de políticas públicas em educação na área da saúde se mostrou pertinente, pois representam a interpretação dos problemas da área e as decisões tomadas em níveis federal e estaduais, que determinam as diretrizes frente às necessidades e problemas locais. As decisões são influenciadas por questões maiores, como as políticas dos demais entes federados, o financiamento e a globalização. Dentro das diretrizes da UNA-SUS está a intenção de complementar os saberes de acordo com doenças emergentes e recrudescimento de doenças, ou surtos episódicos que venham a ocorrer, como foi o caso da gripe H<sub>1</sub>N<sub>1</sub> e do vírus Zika. O papel que concerne aos governos locais dentro desse sistema é incentivar os trabalhadores a aderirem aos cursos.

Consideramos apropriado delimitar o período da pesquisa entre 2008, posto que foi o primeiro ano da UNA-SUS, até o primeiro semestre de 2016, período mais recente, com o intuito de identificar o acumulado de ofertas e matrículas e também, porque foi o período cujos dados epidemiológicos de nosso interesse estão disponíveis.

## **1 OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

No decorrer dos estudos a UNA-SUS se revelou um objeto muito amplo, por isso entendemos ser necessário um recorte, assim optamos por utilizar dois dados concernentes à área da saúde, as ocorrências epidemiológicas de notificação compulsória e a questão do envelhecimento da população, no intuito de verificar se a UNA-SUS cumpriu seu papel de oferecer cursos de acordo com essas necessidades específicas. Esse recorte se justifica porque contempla uma doença, no caso a tuberculose, que está presente no solo brasileiro desde as

capitanias hereditárias e entrou para a primeira lista de doenças de notificação compulsória em 1914, e estava presente de forma significativa até os dados da Secretaria de Vigilância Sanitária de 2014, a febre Zika por ser uma doença emergente, com o primeiro caso de notificação em 2015, além do fato de ambas as doenças causarem significativo impacto de morbidade e mortalidade. A questão do envelhecimento populacional foi selecionada por ser uma questão previsível de acordo com os dados estatísticos e que envolve não só doenças, como agravos<sup>4</sup> no decorrer do envelhecimento, o que gera a necessidade de profissionais da saúde capacitados para atender a todas estas ocorrências.

Considerando seus limites e visando contemplar os seus objetivos a pesquisa foi traçada de forma a apreciar os principais conceitos, elementos e características que permeiam o objeto de estudo. Nesse sentido, traçar o objetivo envolve aspectos como, planejar, delimitar o objeto e definir como observá-lo (LÜDKE e ANDRÉ, 1986). Temos assim, como objetivo geral da pesquisa analisar os dados epidemiológicos disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE em relação com os cursos oferecidos pela UNA-SUS, do ano de 2008 até o primeiro semestre de 2016. Como objetivos específicos propusemos identificar histórica e legalmente a organização política e administrativa do território brasileiro; estabelecer como se organizou histórica e legalmente o serviço de saúde pública no Brasil; caracterizar o Sistema de Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS.

A nossa hipótese inicial parte da ideia de que o potencial da UNA-SUS em oferecer educação permanente para os profissionais da área da saúde resultaria na coerência entre a temática e busca por cursos com as ocorrências epidemiológicas regionais.

A Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS foi instituída em 2008 por meio de uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde (SGTES) e a Organização Pan-Americana de Saúde, em convênio com Organização Mundial de Saúde (OPAS-OMS), com o intuito de criar condições necessárias para constituir “uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, *destinada* a atender as necessidades de formação e educação permanente do SUS”<sup>5</sup>. Com essa política pública na área de educação em saúde a proposta é que os profissionais tenham a oportunidade de complementar seus conhecimentos dentro das suas realidades cotidianas de trabalho, sendo

---

<sup>4</sup> “Agravos à Saúde – mal ou prejuízo à saúde de um ou mais indivíduos, de uma coletividade ou população” (SÃO PAULO (Estado), 2007).

<sup>5</sup>Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/234-sgtes-p/sgtes/9630-universidade-aberta-do-sus> Acesso em 5 mai. 2015.

assim a intenção do UNA-SUS é a de suprir uma suposta lacuna de aprendizagem na área da saúde no país vinculada à prática do SUS.

Valemo-nos de procedimentos metodológicos baseados em pesquisa bibliográfica e análise documental, e utilizamos dados quantitativos e qualitativos, ponderando que o estudo compreendeu a relação entre dados epidemiológicos, oferta de cursos proporcionados pela UNA-SUS, o papel das instituições e prerrogativas dos três níveis de governos da federação. Para tanto, nos apoiamos em pesquisa bibliográfica em *sites* e livros, e análise documental, a partir da *internet* e dos dados disponíveis nos *sites* da UNA-SUS<sup>6</sup>, do IBGE<sup>7</sup> e DATASUS<sup>8</sup>. Para revisão de literatura acerca da temática estudada visitamos o *site* do indexador Scielo<sup>9</sup> e de outras revistas eletrônicas, conforme indicações ao longo do texto; e, a revisão das leis se deu principalmente pelo *site*<sup>10</sup> oficial do Portal do Palácio do Planalto.

Sobre as fontes de informação, Chizzotti (2010) compreende que o problema a ser pesquisado pode originar-se “[...] da observação direta e da reflexão sobre fatores observáveis, de leituras e de análises pessoais, de fontes documentais ou escritas” (p.16). Ainda explicita que a pesquisa documental deve responder a questões objetivas da investigação e o autor deve saber para que servem as informações, quais os documentos necessários, como e onde encontrá-los e como se utilizar deles.

De acordo com Lüdke e André (1986) a ideia do pesquisador isento não existe, pois o mesmo desde a sua escolha pelo tema da pesquisa, como da sua opção de abordagem, fontes e métodos que utilizará, demonstra a sua forma de pensar, o que difere de um conceito tendencioso de só focar um lado da questão. A pesquisa pode ser dentre outras condições analítica, quantitativa e qualitativa, devendo assim reunir as características de analisar os dados coletados por medidas que se utiliza e destacar o significado dos liames que encontra. A partir da segunda metade do século XX a investigação qualitativa constituiu-se num método de pesquisa científica, suas bases são “a concepção da realidade que as funda, o processo de validação dos conhecimentos que adotam e dos resultados que obtêm” (CHIZZOTTI 2010, p.26).

O importante para Chizzotti (2010) é que o resultado da pesquisa aproxime-se o quanto possa da realidade e para isso, o autor deve escolher os instrumentos e métodos pertinentes, além de procurar variáveis e fazer considerações sobre elas. Algumas particularidades podem fugir ao

---

<sup>6</sup> Disponível em <[www.unasus.gov.br](http://www.unasus.gov.br)> Acesso em 10 mar. 2013.

<sup>7</sup> Disponível em <<http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/links-base-de-dados.html>> Acesso em 27 out. 2015.

<sup>8</sup> Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm#cober>> Acesso em 23 nov. 2015.

<sup>9</sup> Disponível em <<http://www.scielo.br/>> Acesso em 13 jan. 2013.

<sup>10</sup> Disponível em <<http://www4.planalto.gov.br/legislacao>> Acesso em várias datas.

investigador, que poderá posteriormente resgatá-las no caso de um resultado muito fora da expectativa. “A investigação qualitativa em educação assume muitas formas e é conduzida em múltiplos contextos” (BOGDAN E BIKLEN, 1994, p.16).

Ainda segundo estes autores a investigação qualitativa não se restringe a um tratamento estatístico de seus dados e variáveis, é preciso observar os seus fenômenos e sua complexidade no seu ambiente natural. A pesquisa qualitativa não permite um planejamento total acerca das hipóteses, é preciso derivar a investigação do caminho que ela percorre e a partir dos seus resultados levantar as hipóteses.

Dentro da pesquisa documental utilizamos fontes primárias de órgãos que realizam pesquisas e os arquivos disponíveis são públicos, contendo também documentos oficiais. As fontes estatísticas foram obtidas de censos oficiais disponíveis na internet. Para Rampazzo (2005) a estabilidade das informações é um ponto importante na pesquisa documental.

Todo este material serviu para fundamentar e montar a linha do tempo dos acontecimentos históricos com relação aos objetivos específicos. A literatura inicialmente pesquisada foi relativa à questão federativa, como ocorreu essa questão na área da saúde, o mesmo se deu em relação ao processo de municipalização, por último fizemos o estudo da literatura do objeto em si, no caso a UNA-SUS. Após a leitura dos textos, passamos a verificar os dados encontrados nos *sites* do IBGE e da UNA-SUS.

## **2 ESTRUTURA DO TEXTO**

A presente pesquisa envolve a temática de políticas públicas na área da educação no campo da saúde e considerando seus limites, pretende verificar se a temática e oferta de cursos da UNA-SUS mantêm uma congruência frente às ocorrências epidemiológicas no país e em cada região. O texto se estrutura em cinco seções, a primeira parte é a introdução, a segunda parte compreende o desenvolvimento histórico do território brasileiro, focando nas características do federalismo. Analisa os aspectos centralizadores e descentralizadores de cada momento da legislação e da prática política brasileira ao contextualizar os diferentes períodos históricos por meio de leis e da conceituação de termos como federalismo, centralização e descentralização.

Uma vez embasadas as especificidades conceituais e legais do federalismo no Brasil, a terceira parte da pesquisa se ocupa de como se desenvolveu os serviços e políticas públicas para a área da saúde no que tange à história, à organização e aos fatos políticos. O processo de

municipalização é visto a partir das Constituições e leis, as quais alternaram movimentos centralizadores e descentralizadores que os precederam.

A quarta parte trata de políticas públicas na educação da área da saúde e utiliza para tanto como objeto de análise, a Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS. Expomos que a União tem sido preponderante nas políticas públicas tanto na educação, como na saúde ao utilizar prerrogativas de indução, com transferência de verbas vinculadas a determinados programas, por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Básico e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB), em relação ao financiamento do ensino. A iniciativa do governo federal em instituir a UNA-SUS revela não só uma preocupação quanto à atualização dos conhecimentos técnicos dos profissionais de saúde que trabalham no setor público, mas também serve de meio de influência quando aborda o “como atender”. Em seguida passamos a abordar a criação do SUS e a responsabilidade sobre a formação de recursos humanos como prevê o Art. 200, inciso III da Constituição Federal de 1988: III – “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988), posteriormente institucionalizada pelo Ministério da Saúde em 2003, por meio da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). A seguir tratamos de revisar histórica e legalmente como se constituiu o Sistema UNA-SUS e a sua composição atual. Por fim, confrontamos os dados dos cursos com os dados epidemiológicos das doenças de notificação compulsória e envelhecimento populacional.

A quarta parte do texto é onde fazemos as considerações finais, destacando a revisão histórica com a análise dos dados encontrados na pesquisa.

## CAPÍTULO I - CARACTERÍSTICAS DO FEDERALISMO BRASILEIRO

A organização de um estado federativo pressupõe a divisão de poderes, entre o centro e os demais entes federados. Essa distribuição pode ter um caráter político e/ou administrativo, como também pode incluir estados/províncias e distritos/municípios como entes federados. Além disso, observa-se que não há centralização e nem tampouco descentralização absolutas, há graus variados de centralização e de descentralização, constituindo um *continuum*. Iniciaremos o Capítulo com um breve retrospecto histórico da origem do federalismo e suas definições e a seguir, a caracterização do federalismo brasileiro, organizada em dois períodos, antes e após a Constituição Federal de 1988. Para tanto, faremos uma revisão da literatura e das constituições brasileiras destacando fatos relevantes em cada período. O conhecimento sobre federalismo e sua dinâmica deve preceder o estudo de importantes políticas nacionais, como é o caso das áreas de Educação e Saúde.

### 1.1 FEDERALISMO, CENTRALIZAÇÃO, DESCENTRALIZAÇÃO

A respeito do federalismo, Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998) no dicionário de “Ciências Políticas”, dividem a análise do termo em vários tópicos, discutem cada um sob bases teóricas e contextualizam as situações vivenciadas pelos países europeus e os da América do Norte. Vamos nos ater na questão estrutural do federalismo em relação à Constituição de um país, sobre esse aspecto os referidos autores entendem que para Kant o federalismo tem um sentido mais amplo:

Kant é [...] o primeiro grande pensador federalista e a sua contribuição teórica consiste em ter fundado o Federalismo numa visão autônoma dos valores e do curso histórico. Todavia, não tendo refletido sobre a natureza da inovação constitucional que permitira a fundação dos Estados Unidos da América, não conhecia o funcionamento do Estado federal e, portanto, não possuía os instrumentos conceptuais para conceber, de uma forma real, a possibilidade de um Governo democrático mundial capaz de limitar a soberania absoluta dos Estados, mas que também por eles fosse limitado (BOBBIO; MATTEUCCI; PASQUINO, 1998, p.480).

Centralização e descentralização são movimentos muito importantes de serem entendidos no federalismo, porque determinam as prerrogativas, investimentos e o gasto fiscal de cada ente

federado frente as políticas públicas. Em termos pedagógicos, poderíamos classificar centralização e descentralização, assim como Weber (1979) fez em relação aos tipos de dominação legítima, sendo que para o autor esses tipos seriam ideais<sup>11</sup>. Da mesma forma, dificilmente encontraremos um governo absolutamente centralizado ou descentralizado, porque sempre haverá a necessidade administrativa e/ou política de mesclar centralização e descentralização. Mas, podemos observar o seu predomínio ou tendência em cada momento de um dado governo.

Apoiando-nos novamente em Bobbio, Matteucci e Pasquino (1998) podemos caracterizar os termos centralização e descentralização da seguinte forma:

Temos centralização quando a quantidade de poderes das entidades locais e dos órgãos periféricos é reduzida ao mínimo indispensável, a fim de que possam ser considerados como entidades subjetivas de administração. Temos, ao contrário, descentralização quando os órgãos centrais do Estado possuem o mínimo de poder indispensável para desenvolver as próprias atividades (p.330).

A transferência de recursos do poder central para os demais entes pode se dar de diversas formas. Há uma tendência em utilizar medidas equalizadoras no sistema federativo onde as verbas são repassadas para os demais constituintes federais de duas formas - incondicionais e condicionais - a primeira se refere às transferências automáticas pré-estabelecidas e a segunda, em geral, está vinculada a algum programa que o poder central deseja desenvolver, havendo assim exigências na maneira de utilizar este recurso. Algumas vezes as verbas condicionantes podem ser utilizadas como um instrumento de conotação política (ANDERSON, 2009).

A partir da Constituição de 1787, os Estados Unidos da América passaram a constituir um Estado soberano, dando origem ao federalismo, há divisões de responsabilidades e competências e a conservação da autonomia local, todavia com um único ente soberano: o governo federal. É interessante observar, que no caso norte-americano a tradição do poder local é forte, considerando, dentre outros possíveis fatores, a forma como se deu sua colonização.

De acordo com Fausto (2013), enquanto nos Estados Unidos, em sua origem, a colonização teve por objetivo o povoamento, no Brasil a finalidade era a exploração, o que fez grande diferença no que diz respeito à distribuição da população nos espaços geográficos e às

---

<sup>11</sup> Para Weber havia três tipos puros de dominação legítima: dominação legal, em virtude de estatuto; dominação tradicional, por crença na santidade das ordenações e dos poderes senhoriais há muito existentes; dominação carismática, em virtude de devoção adotiva à pessoa do senhor e seus dotes sobrenaturais. Eles eram assim considerados tipos ideais, contudo na prática eles não ocorriam de maneira exclusiva (WEBER, 1979).

intenções dos que se instalaram. A organização do espaço político do território brasileiro se dá com a chegada da expedição de Martim Afonso de Souza (1530-1533), enviado pelo regente Dom João III, preocupado em colonizar a nova descoberta. Para tanto, criaram-se as capitanias hereditárias, dividindo o território em quinze partes, estas eram administradas por donatários, que “tinham o monopólio da justiça, autorização para fundar vilas, doar sesmarias, alistar colonos para fins militares e formar milícias sob o seu comando” (p. 41). Contudo, esse modelo não deu certo, excetuando-se as capitanias de São Vicente e Pernambuco: “Fracassaram as capitanias, mas prosperava a terra; malograva-se o sistema, mas vingava o negócio” (FAORO, 2001, p.143).

Ainda segundo Fausto (2013), em 1549 Dom João III enviou Tomé de Souza para estabelecer o Governo-Geral do Brasil, fixando um “polo administrativo na organização da Colônia” (p. 43) e o nomeou o primeiro governador-geral. O Brasil se organizava como colônia de um estado absolutista, portanto, centralizador, embora as capitanias tivessem certa autonomia administrativa, delegada pelo poder central. A economia era escravista, exportadora e latifundiária.

O autor ainda destaca que as instituições da administração colonial durante o Governo-Geral não tinham uma especialização e definição como as de hoje, e os papéis entre executivo e judiciário às vezes eram ocupados pela mesma pessoa. Após a transferência da sede do governo da Bahia para o Rio de Janeiro, em 1763, ao rei tornou comum a outorga do governador-geral em vice-rei e capitão-general do mar e terra do Estado do Brasil, dispondo assim das forças armadas e acentuando o poder na pessoa, definindo um estado patrimonialista, segundo os conceitos de Weber (1979).

Com a vinda da família real para o Brasil em 1808, uma nova etapa se inaugurou, uma vez que aqui se instalou a sede do governo português, novos arranjos fizeram-se necessários, acarretando a organização do que viria a constituir o Estado brasileiro:

Entre 25 e 27 de novembro de 1807, cerca de 10 a 15 mil pessoas embarcaram em navios portugueses rumo ao Brasil, sob a proteção da frota inglesa. Todo um aparelhamento burocrático vinha para a Colônia: ministros, conselheiros, juízes da Corte Suprema, funcionários do Tesouro, patentes do Exército e da Marinha, membros do alto clero (FAUSTO, 2013, p.105).

Dom João VI decretou a abertura dos portos do Brasil em 28 de janeiro de 1808, fato que levou a termo o estatuto colonial e beneficiou principalmente a Inglaterra, seus comerciantes e

proprietários rurais exportadores, por causa do acesso livre aos portos, enquanto os comerciantes portugueses tiveram os seus interesses feridos (FAORO, 2001). Esse fato levou muitos comerciantes portugueses a protestarem o que fez o príncipe reconsiderar concessões e a partir de um decreto de junho de 1808, ficou limitado o comércio livre a apenas alguns portos (FAUSTO, 2013).

Apesar do fim da guerra na Europa em 1814 com a derrota de Napoleão, Dom João VI permaneceu na colônia e em dezembro de 1815 declarou o Brasil parte do Reino Unido, junto a Portugal e Algarves. Com o passar do tempo, tanto no Brasil, como em Portugal ocorreram alguns acontecimentos que iriam culminar na independência da colônia. No Brasil houve a Revolta Pernambucana em 1817, por ocasião do tratamento privilegiado dado aos portugueses, todavia o movimento foi derrotado no mesmo ano. Em 1820, inspirados por ideias iluministas, revolucionários militares em Portugal pressionaram o retorno do rei para o país e estabeleceram uma junta provisória, a qual convocou as Cortes do Brasil e de Portugal, para elaborarem uma nova constituição, cabendo ao Brasil cerca de 70 a 75 deputados, enquanto Portugal ficaria com o restante, totalizando 200. Contudo, a participação brasileira não chegou a ser concretizada. No Rio de Janeiro, o rei se viu obrigado diante das manifestações populares e das tropas portuguesas, a reformar o ministério e convocar juntas governativas onde não existiam, para preparar as eleições indiretas para as Cortes. Medidas tomadas pelas Cortes antes da chegada da representação brasileira provocaram descontentamentos na Colônia. “Os governos provinciais passam a ser independentes do Rio de Janeiro, subordinando-se diretamente à Lisboa” (FAUSTO, 2013, p.114).

Em abril de 1821, Dom João VI retorna para Portugal a fim de garantir seu lugar no trono, o que torna o terreno preparado para a independência e reorganização do Brasil:

Todos os obstáculos pareciam vencidos: o rei estava em Portugal, embora deixasse o inquietante rebento no Rio de Janeiro, a independência do reino afasta o fantasma da Santa Aliança e a desconfiança da Inglaterra, pacificadas com a permanência do sistema monárquico. O sentimento brasileiro, em unidade com as guarnições portuguesas que forçaram a adesão ao movimento de 24 de agosto, encontra neste primeiro ar liberal, a quebra do velho e odiado sistema dos despóticos governadores e capitães-generais. As capitanias atingem a dignidade de províncias, comandadas por juntas de governo, sistema depois homologado pelas Cortes (FAORO, 2001, p.307).

Todavia, o príncipe regente permanece no Brasil e aprofunda o distanciamento com Portugal, pois cria um exército brasileiro, convoca uma Assembleia Constituinte, recomenda não empregar empregados vindos de Portugal nos governos provinciais e considera inimigas as tropas portuguesas em agosto de 1822. O que leva neste mesmo ano à declaração da independência do Brasil em 7 de setembro, sendo coroado Imperador com o título de Dom Pedro I, tornando o Brasil uma monarquia entre as repúblicas e colônias que havia então na América Latina (FAUSTO, 2013).

Inicia-se assim, o período denominado Primeiro Reinado, que se estende até 1831, o qual foi idealizado para constituir um Estado nacional de maneira a garantir sua organização e unidade, que segundo Faoro (2001), nunca foi ameaçada, apesar de Fausto (2013) registrar que algumas províncias defendiam a permanência da ligação com Portugal, contudo estas não objetivavam fazê-lo de forma independente.

Dom Pedro I convocou uma Assembleia Constituinte, para em seguida dissolvê-la com o apoio dos militares e promulgou a Constituição em 1824, a qual foi redigida por um grupo por ele determinado, apesar de que o resultado não diferiu muito da proposta original. Assim, o governo ficou definido como monárquico, hereditário e constitucional, a religião católica continuaria oficial. O Poder Legislativo era composto por um Senado vitalício, no qual o imperador escolhia um nome diante de uma lista tríplice enviada por cada província, e uma Câmara temporária. O voto era censitário e indireto. O país foi dividido em províncias cujos presidentes eram nomeados pelo imperador. Instituiu-se o Conselho de Estado, composto por conselheiros vitalícios nomeados pelo imperador e o Poder Moderador, que deveria interpretar a vontade e o interesse nacional (FAUSTO, 2013).

A concentração de poderes na mão do imperador, representada por prerrogativas como dissolver a Câmara, veto às decisões da Câmara e do Senado, nomeação dos presidentes das províncias e dos senadores resultaria em um governo central forte, o que causava descontentamento entre os liberais (ABRUCIO, 1988). Conforme o Artigo 83 e seus incisos, da Constituição de 1824, quem detinha o poder de propor e deliberar sobre as leis, mesmo as municipais era a Câmara dos deputados, excluía-se assim o poder local da Câmara Municipal (ARAÚJO, 2013).

Em sete anos alguns acontecimentos minaram o poder de Dom Pedro I, dentre eles uma política externa fracassada, com o envolvimento em guerras nos anos de 1825-1827, o que causou o endividamento do país e amealhou antipatias pelo recrutamento forçado. Esses

acontecimentos foram seguidos pela morte de Dom João VI em 1826, que poderia levar a uma aproximação com Portugal, o que não era bem visto pelos brasileiros, além do afastamento do Exército por conta das derrotas militares e do mal visto privilégio dado aos portugueses que assumiam postos de comando (FAUSTO, 2013).

Diante desse cenário desfavorável e considerando a luta pelo trono português, Dom Pedro I abdicou, em 7 de abril de 1831, deixando em seu lugar o herdeiro Dom Pedro de Alcântara, que em virtude da menoridade não pôde assumir o trono. Em respeito à Constituição de 1824, foi formado um governo provisório, que sobre a regência de Regente Feijó juntamente com Evaristo da Veiga e Bernardo Vasconcelos, deram início às reformas. O “projeto de reforma constitucional aprovado na Câmara dos Deputados em 1832, que daria origem ao Ato Adicional, no seu artigo primeiro declarava ser o Brasil uma monarquia federativa” (p.55), mas durante o seu trâmite este artigo, juntamente com outros não foi aprovado no Senado. Por fim, numa sessão conjunta entre as duas casas parlamentares, os senadores e deputados aprovaram o Ato Adicional de 1834 (DOLHNIKOFF, 2005).

O Art. 10, ao relacionar as competências das Assembleias Provinciais, faz referência ao que se denominava ensino das primeiras letras a ser desenvolvido de forma descentralizada:

Art. 10. Compete às mesmas Assembléias legislar:  
2º) Sobre instrução pública e estabelecimentos próprios a promovê-la, não compreendendo as faculdades de medicina, os cursos jurídicos, academias atualmente existentes e outros quaisquer estabelecimentos de instrução que, para o futuro, forem criados por lei geral (BRASIL, 1834).

Segundo Faoro (2001) o Ato Adicional significou uma abertura para as comunicações entre o centro e as forças locais. Aqui se encontrariam as exigências federalistas pelo lado dos liberais e as necessidades da monarquia, com a manutenção do Poder Moderador:

Elas seriam implantadas, ladeando as exigências federalistas e os propósitos republicanos, em contraste à aliança, então pela primeira vez esboçada, entre República e federação, como expressões de uma ideologia comum, no esquema de autogoverno em todos os níveis territoriais (p. 304).

Em julho de 1840, Dom Pedro II é coroado, com postura ainda mais centralizadora, arrefecendo a disputa entre o poder central e o poder regional (províncias e vilas). Numa

demonstração da reação conservadora às reformas liberais, é aprovada em 1841 a Lei de Interpretação do Ato Adicional, marcando a disputa de forças entre conservadores e liberais, respectivamente entre os defensores da centralização e da descentralização. Dom Pedro II restaura o Poder Moderador e o Conselho de Estado, que reforçam a postura centralizadora durante o seu reinado (FAUSTO, 2013).

A proclamação da República em 1889 exige uma nova Constituição, proclamada em 1891, que define no seu Artigo 1º como forma de governo, sob o regime representativo, a República Federativa constituída pela união das antigas Províncias, agora denominadas Estados. O antigo Município Neutro é denominado Distrito Federal, com sua mudança prevista para o planalto central da República. Assim se efetiva a descentralização política do Brasil, na qual os Estados têm autonomia para se dividir ou anexar a outros e formar novos estados (BRASIL, 1891).

Os Artigos 63 a 67 da Constituição de 1891 relacionam as atribuições dos Estados e suas proibições, cada Estado passa a reger-se pela própria constituição, limitada pela Constituição Federal. Estes entes federados assumem responsabilidades e competências e se organizam de forma a assegurar a autonomia dos municípios como previsto no Artigo 68 (BRASIL, 1891). O Artigo 5º encarrega a cada Estado prover as necessidades do seu governo, para tanto prevê a arrecadação de impostos no artigo 9º:

É da competência exclusiva dos Estados decretar impostos:

1º) sobre a exportação de mercadorias de sua própria produção;

2º) sobre Imóveis rurais e urbanos;

3º) sobre transmissão de propriedade;

4º) sobre indústrias e profissões.

§ 1º - Também compete exclusivamente aos Estados decretar:

1º) taxas de selos quanto aos atos emanados de seus respectivos Governos e negócios de sua economia;

2º) contribuições concernentes aos seus telégrafos e correios.

§ 2º - É isenta de impostos, no Estado por onde se exportar, a produção dos outros Estados.

§ 3º - Só é lícito a um Estado tributar a importação de mercadorias estrangeiras, quando destinadas ao consumo no seu território, revertendo, porém, o produto do imposto para o Tesouro federal.

§ 4º - Fica salvo aos Estados o direito de estabelecerem linhas telegráficas entre os diversos pontos de seus territórios, entre estes e os de outros Estados, que se não acharem servidos por linhas federais, podendo a União desapropriá-las quando for de interesse geral (BRASIL, 1891).

O federalismo permite a articulação entre as forças regionais e o governo federal, havendo troca de interesses, de forma que os governadores orientam os deputados e senadores a apoiarem o presidente no Congresso, ao receberem em troca políticas de incentivo à valorização do café, por exemplo. A política do Café com Leite é uma demonstração da força regional, onde em um acordo entre os grupos mineiro e paulista houve alternância à presidência do país de 1898 até 1930, sendo o primeiro presidente mineiro Campos Sales e o último paulista, Washington Luís. A cisão entre os governos mineiro e paulista se dá com a insistência de Washington Luiz em eleger o seu sucessor paulista Júlio Prestes e assim, Minas Gerais então se coliga com o Rio Grande do Sul. Em 1930 Washington Luís é deposto por um golpe de Estado e o presidente Júlio Prestes não é empossado, em seu lugar Getúlio Vargas assume um governo provisório que perdura quinze anos (FAUSTO, 2013).

Esse período vai denominar-se Era Vargas, com um regime autoritário e fortemente centralizado, os Estados praticamente perdem sua autonomia, Vargas queima as bandeiras estaduais com o intuito de demonstrar a mudança de direção do poder, agora do centro para a periferia. Uma nova Constituição é formulada em 1934, a organização federativa é conservada, mas a autonomia efetiva dos Estados se reduz cada vez mais, e em 1937 entra em vigor uma Constituição autoritária, num regresso patrimonialista onde o poder estatal já se sentia em condições de comandar a economia (FAORO, 2001).

A inserção do Brasil no cenário internacional, apoiando os Estados Unidos, que defendiam fortemente o regime democrático, trouxe uma forte contradição para o interior do governo Vargas. O General Góes Monteiro, um dos idealizadores do Estado Novo, demonstrou a perda de apoio de Getúlio Vargas e serviu para efetivar a transição do regime de maneira gradativa. Finalmente Vargas cede à pressão e convoca novas eleições para 1946. No mesmo ano é promulgada a Constituição Federal formulada por uma Assembleia Constituinte e um período democrático é retomado. A autonomia dos Estados é recuperada numa amplitude menor do que na Primeira República. Concomitantemente ampliação no processo de industrialização e urbanização, com mudança crescente da população do campo para as cidades (FAUSTO, 2013).

Em abril de 1964 um golpe militar interrompeu o período democrático e alterou a Constituição por meio de atos institucionais, com destaque para o Ato Institucional número 1, AI-1 do dia 9 de abril, que modificou as eleições para Presidente da República e os seus poderes e cassou os direitos políticos por “Comandantes-em-chefe das Forças Armadas” sem prévia avaliação judicial, e o Ato Institucional número 5, AI-5 de 13 de dezembro de 1968, o qual

legalizou os excessos da ditadura, permitiu ao governo decretar estado de sítio previsto na Constituição de 1967 e assim suspender garantias individuais inclusive, em alguns casos, o direito de *habeas corpus*. O presidente poderia também determinar o recesso do Congresso Nacional. Em 1969 é promulgada uma Emenda Constitucional, não pelo Congresso Nacional, mas pelos ministros militares e neste mesmo ano uma junta militar escolheu como presidente Emílio Garrastazu Médici, que assumiu o poder até 1974 e acentuou a ditadura, no período em que esteve no poder legalizou a pena de morte e a censura foi praticada deliberadamente. O federalismo se enfraquece cada vez mais diante da concentração de poder político e fiscal do governo central (BRASIL, 2015).

O governo do presidente general Ernesto Geisel (1974-1979) iniciou uma transição lenta para a abertura política e o seu sucessor presidente general João Baptista Figueiredo (1979-1985) deu continuidade ao processo com a anistia aos presos políticos e a aprovação do pluripartidarismo. Em 1985 Tancredo Neves foi eleito pelo Colégio Eleitoral, mas em virtude de sua morte assumiu a presidência o vice José Sarney.

Vimos até o momento os principais movimentos centralizadores e descentralizadores no federalismo brasileiro, bem como algumas leis que repercutiram nesses aspectos. Agora entraremos numa nova etapa, sobre a Constituição Federal de 1988, que se dá na época de abertura política, com o país recém-saído da ditadura militar.

## **1.2 A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988**

Os fatos precursores à Constituição Federal de 1988 surgiram ainda no período ditatorial como a Carta Política pela Constituinte, lançada no Encontro Nacional do MDB em 1971, o Manifesto do MDB que pediu convocação da Constituinte em 1977, pedido reiterado em 1980 na 8ª Conferência da OAB e o manifesto da Aliança Democrática que estipulou a convocação da Constituinte em 1984 (BRASIL, 2015).

Já com a volta da democracia veio a Mensagem nº 330, de 28 de junho de 1985, na qual o Presidente José Sarney encaminhou ao Congresso a proposta de convocação da Assembleia Nacional Constituinte, logo em seguida a Criação da Comissão Provisória de Estudos Constitucionais para elaborar anteprojeto de Constituição em 18 de julho de 1985 e a Emenda Constitucional nº 26 de 27 de novembro de 1985 que convocou a Assembleia Nacional

Constituinte e concedeu anistia aos presos políticos, o que culminou nas Plenárias do Movimento Pró-Constituinte em dezembro de 1985 (Idem).

No ano seguinte, em 1986, ao lançamento do Plano Cruzado e à declaração da moratória dos juros da dívida externa em fevereiro, se alia a entrega de abaixo assinado com mais de 19 mil assinaturas pela Constituinte em março, e com a publicação do Anteprojeto Constitucional da Comissão Provisória de Estudos Constitucionais, presidida por Afonso Arinos, finalmente em 15 de novembro de 1986 ocorreu a eleição dos deputados federais e de dois terços dos senadores que comporiam a Assembleia Constituinte. Foi a primeira eleição do Congresso Nacional em que o direito de sufrágio se estendeu aos analfabetos, direito este garantido pela Emenda Constitucional nº 25, de 1985 (Idem, 2015).

Segundo Souza (2001) as questões e consequências relativas à descentralização e ao federalismo nas subcomissões e comissões que envolviam o assunto na Assembleia Nacional Constituinte (ANC) não foram discutidas. A Subcomissão da União, Distrito Federal e Territórios concentrou seus esforços na autonomia do Distrito Federal e na captação pelo mesmo de recursos destinados aos Estados e Municípios, não se esforçando para incluir o Município como ente federado, diferente do que ocorreu na Subcomissão dos Municípios e Regiões, influenciadas pelos trabalhos do Instituto Brasileiro de Administração Municipal - IBAM, o qual aprovou a inclusão do Município como ente federado. As subcomissões anteriores não discutiram as consequências da descentralização e do federalismo, mas a apoiavam, assim como a Subcomissão dos Estados e a Subcomissão do Sistema Tributário e da Divisão e Distribuição de Receitas. Essa questão parecia implícita entre os parlamentares, ainda que não se soubesse ao certo suas derivações ela se apresentava como oposição ao regime autoritário fortemente centralizado. Posteriormente, as Comissões que abordaram federalismo e descentralização também não as discutiram, apenas estudaram a forma de viabilizá-las. No seu relatório Richa<sup>12</sup> argumenta que o principal objetivo da comissão é “a questão da autonomia e o problema da descentralização, porque a democracia requer a descentralização de poder” (p.529).

Souza (2001) aponta ainda as contradições na Comissão de Organização do Estado, que se deteve nas propostas relativas às clivagens territoriais, distanciando-se do seu foco que era a definição de um novo formato para o Estado e a forma como os governos subnacionais deveriam lidar com a descentralização. O fato de querer andar na contramão dos militares, que criaram novos Estados, explicava o esforço. Essa questão é retomada na Comissão de Sistematização,

---

<sup>12</sup> Senador José Richa (PMDB-PR), relator da Comissão de Organizador do Estado na ANC.

que sofre pressão para a criação de sete novos estados, mas resultou apenas na criação de Tocantins e alterou a condição de Roraima e Amapá para Estado; nessa comissão prevaleceu mais a negociação para a resolução de conflitos, do que por confrontos nas questões relativas ao federalismo e à descentralização. Esta Comissão estabeleceu um prazo de cinco anos para a municipalização do ensino, tal proposta não fez parte da Carta Magna (OLIVEIRA, 1999).

Foram elaboradas várias versões para a Constituinte, em junho, agosto e outubro de 1987 e em fevereiro e julho de 1988, com destaque para esta última que mantém a redução dos recursos federais, ao passo que atribui novas obrigações para o mesmo. O consenso era no sentido de fortalecer as esferas subnacionais, tão constrangidas pelo regime anterior, mas ainda na Comissão de Sistematização uma aliança conservadora suprapartidária denominada Centrão negociou questões federativas para produzir acordos não vinculados às essas questões (SOUZA, 2001).

A Constituição foi promulgada em 5 de outubro de 1988 (BRASIL, 1988) e inaugurou um novo período da organização federativa brasileira, por incluir o município como ente federado, e também a legitimação da redemocratização do país. O Brasil abre um processo de descentralização política e financeira em relação aos estados e municípios, que passaram a assumir novos papéis, com novas atribuições e competências. A participação popular e dos grupos organizados poderia atender às demandas das minorias e a descentralização financeira efetivar a ação dos governos subnacionais. O Distrito Federal acumulou competências concernentes aos estados e municípios. Foram estabelecidas as competências exclusivas e concorrentes entre os entes federados.

A inclusão do município como ente federado foi uma das principais inovações da Constituição de 1988, acompanhada do reconhecimento legal de que era preciso um aparato financeiro e administrativo para um maior aporte de recursos. A maior descentralização se exemplifica no campo educacional uma vez que ao Município ficaram os encargos da educação infantil e juntamente com o nível estadual a manutenção e o desenvolvimento do ensino fundamental. Foram, também, estabelecidas as atividades exclusivas e concorrentes entre os entes federados. O novo arranjo descentralizador, com uma perspectiva de federalismo forte, fez sentido enquanto oposição ao momento anterior onde ditadura e centralização estavam fortemente vinculadas. Esses novos papéis por parte dos entes federados neste contexto fez com que a Constituição assumisse um papel de “refundadora”:

A “terceira onda de democratização” tem produzido nos países nela envolvidos diferentes experiências e resultados. Em alguns, a redemocratização implicou a elaboração de Constituições “refundadoras”, gerando novos pactos e compromissos políticos e sociais. Em outros, ela foi acompanhada da descentralização política e financeira para os governos nacionais. Em muitos países federais, a redemocratização, a descentralização e as novas Constituições mudaram o papel dos entes federativos. O Brasil é um exemplo onde todos esses fatores ocorreram simultaneamente (SOUZA, 2001, p.513).

A preocupação de José Serra<sup>13</sup> era fundada na questão de troca de sinais em relação à ditadura militar, onde a periferia agora constrangeria o centro, dotando-o de atribuições sociais e reduzindo os seus recursos financeiros. Durante as subcomissões e comissões era clara a preocupação com os governos subnacionais, mas não com a União, inclusive com a baixa participação de seus representantes técnicos e burocratas e com o sinal verde do presidente José Sarney para aprofundar a descentralização e o federalismo (SOUZA, 2001).

De fato, foi o que ocorreu em relação às políticas sociais. Os serviços de municipalização das áreas da educação e saúde foram uma tendência após a Constituição Federal de 1988. Houve um aumento de transferência de matrículas do ensino fundamental dos estados para os municípios da ordem de 34,5%, no período entre 1997 e 2000 e a transferência dos serviços da saúde para os municípios foi considerada bem sucedida (ARRETCHE, 2002).

Os processos de municipalização dessas áreas deram-se de distintas formas, com maior resistência na área de educação do que da saúde, abordaremos este assunto com mais detalhes no capítulo seguinte. O entendimento de todo esse processo histórico é necessário para posteriormente entendermos e analisarmos como se deu a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS e conseqüentemente, o foco dessa pesquisa a Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS.

---

<sup>13</sup> Deputado Federal pelo PMDB de São Paulo. Relator da Comissão do Sistema Tributário, Orçamento e Finanças da Assembleia Nacional Constituinte de 1988.

## **CAPÍTULO II – DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE NO BRASIL**

No capítulo anterior, a discussão acerca das especificidades conceituais e legislativas do federalismo no Brasil se deu com o intuito de embasar o debate a seguir de como se desenvolveu os serviços e políticas públicas para a área da saúde no que tange à história, à organização e fatos políticos. Destacaremos as Constituições de cada período e as leis que dizem respeito aos movimentos de centralização e descentralização nesta área que culminaram na municipalização.

### **2.1 HISTÓRICO DOS SERVIÇOS E POLÍTICAS PÚBLICAS**

A composição do histórico acerca dos serviços e políticas públicas da área da saúde no Brasil foi estruturada de acordo com os períodos mais marcantes em questões de rupturas ou intervenções do poder central, que culminaram em mudanças na forma como se dava a participação dos entes federados e na amplitude do atendimento à população. Assim, esse tópico subdivide-se em quatro períodos: Colonial e Imperial; Republicano de 1889 a 1964; Governo Autoritário Militar; Redemocratização.

#### **3.1.1 Período Colonial e Imperial**

No geral a organização dos serviços de saúde no Brasil se dá de forma muito acanhada no período colonial, seguidos de alguns avanços da organização do aparelhamento estatal ainda no período imperial, sucedidos historicamente de incrementos implementados conforme os momentos da política, de surtos epidêmicos e do desenvolvimento científico.

Em 1521, Dom Manoel baixa o Regimento do Físico-Mor e do Cirurgião-Mor do Reino e institui os Comissários-Delegados nas Províncias, inclusive no Brasil. Em 1550 o Brasil-Colônia segue as práticas vigentes em Portugal que determina a fiscalização dos gêneros alimentícios pelos almotacéis se torna extensiva ao Brasil (FUNASA, 2015).

No que diz respeito aos surtos de doenças, segundo Eidt (2004), em 1600 há registro de lepra no Brasil, na cidade do Rio de Janeiro, e como resposta o governo português construiu lazaretos. No final do século XVII há registros de ocorrência de febre amarela na Bahia e em Pernambuco de forma epidêmica (SCOREL e TEIXEIRA, 2008). A atenção à saúde na Colônia

dependia do atendimento filantropo feito por religiosas das Santas Casas, como é o caso da Misericórdia do Pará, fundada em 1650 (MIRANDA, 2015). Quem não tivesse acesso a estas instituições fazia uso de curandeiros, benzedeiros, sangradores, parteiras e profissionais boticas (farmacêuticos). No Brasil Colônia não havia preocupação do governo português em relação à área da Saúde, apesar de algumas intervenções no combate à lepra, peste e relativo controle sanitário nos portos (MACHADO, 1978). A atenção aos portos se justificava diante de uma economia agrária exportadora que utilizava mão de obra escrava trazida por navios da África (OLIVEIRA, 1983).

No período colonial os profissionais médicos formados na Europa eram raros no Brasil, a maior parte do atendimento era realizada por diferentes outras pessoas supostamente entendidas no assunto e a ampliação do número de profissionais boticas (farmacêuticos), parteiras e sangradores era dificultada pela exigência em obter licença do império português para exercer estas profissões, pois tinham que enviar os papéis para Portugal, devido ao aparato burocrático reduzido da Colônia, além da proibição da instalação de cursos superiores. Essa situação se modificou com a instalação do aparelhamento burocrático da Corte Portuguesa no Brasil em 1808, assim, os pedidos de licença para exercer as profissões de saúde já não são mais enviados para Portugal. Nessa data houve a criação da primeira organização nacional de saúde pública no Brasil e em 27 de fevereiro, foi criado o cargo de Provedor-Mor de Saúde da Corte e do Estado do Brasil, embrião do Serviço de Saúde dos Portos. Criaram-se também as primeiras instâncias de Saúde Pública, que se restringiam a fiscalizar os portos e os serviços de saúde, dentre elas a Fisicatura, responsável por fiscalizar o exercício da medicina e a Provedoria-mor, a qual fiscalizava os navios com o objetivo de barrar a entrada de novas doenças no litoral brasileiro (FUNASA, 2015).

Diante da Independência do Brasil em 1822 a Fisicatura, órgão ligado à Coroa Portuguesa, foi extinta, o que representou sob alguns aspectos uma ação descentralizadora com a Lei de 30 de agosto de 1828, onde nos seus Artigos 1º e 2º, extingue os postos de nomeação central de “Provedor-mór, Physico-mór e Cirurgião-mór do Império”, e transfere suas responsabilidades para o poder local, as Câmaras Municipais e Justiças ordinárias, como visto nos artigos 3º, 4º e 5º da mesma (BRASIL, 1828). Posteriormente, esse posicionamento não foi alterado pelo Ato Adicional de 1834, o qual mantém a tendência de descentralização na saúde (BRASIL, 1834). Outro aspecto advindo da independência foi a oportunidade de ampliar o ensino médico:

Em 1829, foi criada na Corte a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, transformada em 1831 em Academia Imperial de Medicina. Em 1832, os cursos médicos cirúrgicos existentes na Bahia e no Rio de Janeiro foram transformados em faculdades de Medicina, passando a expedir diplomas médicos, farmacêuticos e parteiras. (SCOREL e TEIXEIRA, 2008, p.335).

A descentralização da Saúde ocorreu num momento em que a centralização seria necessária por conta de frequentes epidemias de febre amarela, varíola e dengue. Isso levou ao questionamento da capacidade técnica da Câmara Municipal em dirigir os assuntos pertinentes à área da saúde por parte da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, pois quem assumia a responsabilidade do setor era o segundo vereador mais votado, que não necessariamente entendia do assunto (GALVÃO, 2015).

O próximo fato que influenciou as ações no campo da saúde foi o início do reinado de Dom Pedro II, em 1841, em um contexto político e sanitário desfavorável o que levou à retomada da coordenação e fiscalização da área da saúde pelo governo central, mas os investimentos eram muito reduzidos, continuou limitado aos lazaretos, enfermarias improvisadas e internação de doentes mentais. O modelo centralizado e com pouca ou nenhuma transferência de recursos para as províncias, mesmo durante epidemias, é um obstáculo à ampliação do atendimento à população no Segundo Reinado. Assim, o final do Império “retrata o momento de formulação das primeiras ações governamentais de saúde, ainda restritas aos principais aglomerados urbanos e a algumas doenças epidêmicas com repercussões econômicas” (SCOREL e TEIXEIRA, 2008, p.333).

A situação sanitária se agravava, a epidemia de febre amarela na Bahia em 1849 se espalhou na região litorânea até alcançar o Rio de Janeiro, causando grande número de mortes e estigma à capital do Império. Com o intuito de contrapor a essa situação o governo imperial reforma os serviços de saúde:

Ainda em 1846, a Junta Vacínica da Corte foi transformada em Instituto Vacínico do Império, somando à atribuição de proceder à vacinação antivariólica na Corte as atividades de fiscalização dos serviços locais de vacinação a serem criados pelas diversas câmaras municipais. Entre 1849 e 1851 estabeleceu-se a Junta Central de Higiene Pública, que passou a coordenar as atividades de polícia sanitária, vacinação antivariólica e fiscalização do exercício da medicina, efetuadas pelas provedorias de saúde criadas nas províncias (SCOREL e TEIXEIRA, 2008, p.335).

Por meio de decretos eventuais, verbas foram destinadas para impedir a propagação de epidemias, socorrer enfermos e necessitados e também, sanear espaços insalubres urbanos, como no Decreto nº 598 de 14 de setembro de 1850:

Art. 1º - E Concedido ao Ministerio do Imperio hum Credito extraordinario de duzentos contos para ser exclusivamente despendido no começo de trabalhos, que tendão a melhorar o estado sanitario da Capital e de outras Povoações do Imperio, como o deseccamento de lugares alagadiços, que se tenham reconhecido insalubres, o estabelecimento de vallas, e canos de despejo, e reparação e limpeza dos existentes, a multiplicação de depositos de agua para uso, e asseio das Povoações e outros trabalhos de semelhante natureza; entre os quaes preferirá o Governo os que julgar mais urgentes (BRASIL, 1850).

Em 1850, a ocorrência e a letalidade da varíola e da tuberculose em jovens aumentaram diante das ações sanitárias insuficientes das “Juntas Municipais do Controle de Navios e Saúde dos Portos e Autoridades Vacinadoras”. A última iniciativa importante na época do Império foi o Decreto nº 7.027 de 6 de setembro 1878, o qual determinou a desinfecção das casas e estabelecimentos públicos em atenção à proposta da Junta de Higiene Pública para o controle de doenças contagiosas.

### **2.1.2 Período Republicano de 1889 a 1964**

Em 1889 termina o período do Império pela Proclamada a República, acompanhada de fenômenos como a industrialização e a urbanização. Contudo, esse novo modo de vida republicano caracterizado pela industrialização e por uma ocupação desordenada do espaço urbano e falta de instalações sanitárias adequadas, são fatores que propiciavam a disseminação de doenças, o que fez com que só a vacinação contra a varíola não fosse capaz de reverter o quadro vigente, por isso as doenças emergentes com essa nova fase e com uma crescente imigração, vêm a ser fonte de cuidados normativos a partir de 1890 quando foi constituído o Conselho de Saúde Pública e a Inspeção Geral de Higiene:

Em 1890, foi constituído o Conselho de Saúde Pública que foi além da preocupação com os portos nacionais, incluiu o espaço urbano da cidade do Rio de Janeiro. Através da criação da Inspeção Geral de Higiene, o Estado tornou-se responsável pela vigilância das localidades e habitações populares, assim como pela direção e propagação do serviço de vacinação

e pela fiscalização da alimentação pública, do consumo e fabrico de bebidas nacionais. (COSTA, 1985, p.46)

O final do século XIX e início do século XX no Brasil foram marcados por uma transição política, do Império para a República, mas também uma transição econômica, com a cultura cafeeira passando a ser responsável por mais da metade da exportação brasileira nesse período (FAUSTO, 2013). Muitos imigrantes aportaram no país, pelo estímulo do governo no intuito de suprir a mão de obra para a cultura cafeeira e a nascente industrialização. Esse foi um período fértil em pesquisas na área da Saúde, com nomes de expressão nacional como Adolfo Lutz, Vital Brasil, Emilio Ribas e Oswaldo Cruz, que se esforçam junto ao governo para a manutenção de uma política sanitária permanente. Foi também um momento de formulação das ações governamentais em saúde, circunscritas ainda às áreas urbanas e doenças incapacitantes ao trabalho:

A legislação de 1889, apesar de procurar apresentar um caráter abrangente, refletiu ainda a extrema dificuldade de operacionalizar práticas de saúde pública nacionalmente. Assim, o espaço de ação se restringiu à cidade do Rio de Janeiro. Esta característica seria comum a toda legislação federal de saúde pública até os anos 20. Exceto em relação ao saneamento dos portos, a legislação sanitária central estava pautada pelos problemas médico-sanitários do Rio de Janeiro. (COSTA, 1985, p.46).

A economia cresceu, mas, os investimentos na Saúde e a organização dada pelo Império se mantiveram. A vacinação obrigatória contra a varíola em todo o território nacional e a criação de uma lista de doenças de notificação compulsória são os destaques para essa época. Os municípios e estados assumem as atribuições dos serviços de saúde com a Constituição de 1891, fato que caracterizou uma descentralização nesta área:

Art. 5º - Incumbe a cada Estado prover, a expensas próprias, às necessidades de seu governo e administração; a União, porém, prestará socorros ao Estado que, em caso de calamidade publica, os solicitar.

Art. 63 - Cada Estado reger-se-ha pela Constituição e pelas leis que adoptar, respeitadas os principios constitucionaes da União.

Art. 68 - Os Estados organizar-se-hão de fôrma que fique assegurada a autonomia dos municipios, em tudo quanto respeite ao seu peculiar interesse. (BRASIL, 1891).

Os Conselhos Consultivos criados no Império foram substituídos por unidades burocráticas sob responsabilidade do poder local e que deveriam ter papel executivo e não apenas normativo ou consultivo o que demonstra a direção da descentralização dos serviços:

Os órgãos municipais criados para os serviços de controle sanitários assumiram tarefas que estavam sob o domínio do poder local. E o objetivo do controle sanitário articulou-se diretamente com as necessidades econômicas das classes dirigentes nacionais e do desenvolvimento do capitalismo internacional. [...] Intervir objetivamente sobre grupos sociais cuja capacidade de trabalho era fundamental preservar (COSTA, 1985, p.36).

A Lei nº 23, de 30 de outubro de 1891, determina que o Ministério da Justiça e Negócios Interiores incorpore o Ministério do Interior e o Ministério da Instrução Pública, Correios e Telégrafos (BRASIL, 1891b). A partir de 1897, os serviços relacionados à Saúde Pública ficaram sob a jurisdição do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, compreendidos na Diretoria Geral de Saúde Pública. Quando os poderes locais não foram suficientes para conter os problemas sanitários, o Estado eventualmente se fez presente nas calamidades e epidemias, ainda que rompendo as regras do federalismo constitucional e, assumiu os serviços de higiene da Capital Federal por lei do Congresso em 1902, que também incluiu notificação compulsória de algumas doenças (COSTA, 1985).

As ações na área da saúde ainda se concentraram no combate às epidemias, fiscalizações sanitárias, internações de doentes mentais e construções de lazaretos, além da vacinação obrigatória. A prova do baixo investimento nessa área está na distribuição dos recursos gerais do orçamento da União, que foi de 1% em 1889, enquanto à imigração estrangeira foram destinados 7%, aos Ministérios da Guerra e Marinha 19,6% e às estradas de ferro 35% (COSTA, 1985). Todavia, em alguns momentos houve investimento:

Além de ter seu raio de ação limitado à Capital Federal, as atividades de saúde pública nos primeiros anos da República se voltavam quase que exclusivamente para as epidemias que eram combatidas principalmente pela segregação dos acometidos. Em 1900, para evitar que uma epidemia de peste bubônica surgida em Santos atingisse a cidade, o governo republicano criou o Instituto Soroterápico Federal – posteriormente denominado Instituto Oswaldo Cruz – que deveria produzir vacinas e soros contra doenças epidêmicas (SCOREL e TEIXEIRA, 2008, p.341).

No governo do Presidente Campos Salles (1898-1902) houve pressão por parte dos cafeicultores em relação à mão de obra estrangeira assalariada (FILOMENO, 2010). Assim, no período que se segue as ações sanitárias se concentram no sentido de preservar essa mão de obra:

As ações sanitárias realizadas a partir de 1903 estiveram contextualizadas pelas extensas repercussões sociais das políticas de defesa da renda do setor exportador cafeeiro, que marcou todo o último decênio do século passado, e pela pressão financeira do Estado sobre a circulação monetária, objetivando o equilíbrio das contas públicas durante o governo Campos Salles (1898-1902) (COSTA, 1985, p. 53).

A pandemia de gripe espanhola alcançou o Brasil em setembro de 1918 e não tardou a deflagrar uma epidemia que causou uma sequência de mortes e de prejuízos nos setores produtivos (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008). Lugares de lazer que proporcionavam aglomerações foram fechados, no mês de outubro o Rio de Janeiro parecia um grande hospital, a epidemia gerou inclusive a paralisação das fábricas e ao fim do mês foram decretados alguns dias de feriados para que as pessoas não saíssem de casa (COSTA, 1985).

A calamidade foi tamanha que o governo apelou para proibir a liberdade de imprensa, os dados sobre as mortes não eram confiáveis, além de alguns números não serem notificados à autoridade sanitária. “A completa incapacidade das instituições de saúde pública em dar resposta à crise das condições sanitárias da população obrigou no dia 26 (setembro de 1918) o aparato policial a sequestrar populares para o trabalho de abertura de covas” (COSTA, 1985, p. 87). Todo esse contexto levou à queda do então ministro Carlos Seidl e abriu caminho para o projeto de reforma sanitária de Carlos Chagas.

Em dois meses foram mais de 12 mil mortos no Rio de Janeiro e mais de 5 mil mortos em São Paulo, mas assim que os casos novos começaram a escassear o Estado fechou hospitais e postos de saúde. Esse contexto favoreceu a discussão e organização do movimento sanitário brasileiro com o surgimento da Liga Pró-Saneamento do Brasil em 1918 e a criação do Departamento Nacional de Saúde em 1920, que formalizou as práticas sanitárias. “O Departamento de Saúde Pública, consolidado através de sucessivos decretos entre 1920 e 1924, institucionalizaria de maneira irreversível as práticas sanitárias no interior do aparelho do Estado na Primeira República” (COSTA, 1985, p. 105).

Os intelectuais da área médica já organizados e num contexto favorável se inserem no meio político, onde as práticas médicas e a sobrevivência do setor produtivo se aproximaram. A

Sociedade Brasileira de Higiene, criada em 1923 funcionaria como apoio para o Departamento Nacional de Saúde, coincidindo inclusive os seus presidentes (COSTA, 1985).

Dentro dessas novas perspectivas a escola também foi colocada como parceira das ações de saúde:

“A criança seria o primeiro estágio da prática educacional em saúde cuja finalidade última seria atingir os padrões sanitários familiares. A principal instituição onde a ação educativa em saúde deveria ser exercida seria a escola. O principal agente da educação higiênica, a professora.” (COSTA, 1985, p. 108).

A assistência médica estatal avançou quando em 1923, com a Lei Eloy Chaves, o governo instituiu as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que tiveram como beneficiários os ferroviários (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008).

O interesse do capital internacional em investir no Brasil exigia uma melhor condição sanitária, o que favoreceu o investimento da Fundação Rockefeller na primeira metade do século XX, sendo de fundamental importância sua atuação contra a febre amarela e organização do modelo de atenção à saúde com a criação dos Centros de Saúde em nível local, ao oferecer diferentes serviços e especialidades. Em São Paulo, Paula Souza foi o responsável pela organização desses serviços que concentravam num só local diversas especialidades, inclusive com a presença de professoras instruídas em assuntos sanitários e que atuavam como educadoras de higiene. Esse modelo de atenção descentralizada da população foi de tal forma exitoso, que se ampliou para o Rio de Janeiro e para outras capitais do país (COSTA, 1985).

Com a subida de Getúlio Vargas ao poder os sanitaristas viram uma antiga demanda ser atendida, quando nos primeiros meses de governo foi criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública (Mesp), pelo Decreto nº 19.402, de 14 de novembro de 1930 e posteriormente em 1934, instituída a Inspeção dos Centros de Saúde. Em relação à saúde o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela é reativado em 1930 e o convênio com a Fundação Rockefeller é reestabelecido em 1932, pois houve um novo surto de febre amarela no Rio de Janeiro entre os anos 1927-1928 (COSTA, 1985; FUNASA, 2015).

No período de 1930 a 1934 o governo trocou quatro vezes o ministro do Mesp, em 1934 é retomada a normalidade constitucional e Gustavo Capanema assumiu o Ministério permanecendo aí até a saída de Getúlio Vargas em 1945. As campanhas sanitárias interrompidas em 1930 tiveram continuidade em 1935 e a saúde pública iniciou a composição do seu próprio

perfil (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008). Em 1936, houve um aporte na organização pública com a criação do Instituto de Patologia Experimental do Norte (Ipen), atual Instituto Evandro Chagas, mediante a Lei nº 59 de 11 de novembro de 1936 (IEC, 2015), e também a criação do Serviço de Malária do Nordeste (SMN). No início de 1937 entra em vigor a Reforma Capanema que reformulou o Ministério, passando a denominar-se Ministério da Educação e Saúde (MES). Em virtude dessa reestruturação foi ampliado o Departamento Nacional de Saúde, que também foi renomeado e criaram-se oito Delegacias de Saúde que correspondiam aos oito distritos em que o país tinha se dividido; a finalidade era ter a participação dos serviços locais consonantes com os federais, além de supervisionar os serviços federais. Também foram instituídas as Conferências Nacionais de Saúde que tinham por objetivo a questão administrativa, a integração e a regulação das normatizações internas, a primeira Conferência ocorreu em 1942 (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008). Essa reestruturação ocorreu tanto na Saúde como na Educação e contribuiu para troca de informações dentro de cada área, favorecendo o entendimento do governo federal sobre o andamento das ações estaduais.

O Decreto-Lei nº 3.171, de 2 de abril de 1941 (BRASIL, 1941) que promove a Reforma Capanema da Saúde Pública Federal ocorre sob a orientação de Barros Barreto<sup>14</sup> e permaneceu praticamente inalterada até 1953. O documento extingue algumas instâncias, define as competências do Departamento Nacional de Saúde e dentre outras providências cria: Divisão Sanitária de Lepra; Serviço Nacional de Tuberculose; Serviço Nacional de Febre Amarela; Serviço Nacional de Malária; Serviço Nacional de Peste; Serviço Nacional de Doenças Mentais; Serviço Nacional de Educação Sanitária; Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina; Serviço de Saúde dos Portos; Serviço Federal de Águas e Esgotos; Serviço Federal de Bioestatística e Sete Delegacias Federais de Saúde (FUNASA, 2015).

Essa reorganização resultou numa centralização dos serviços, que estava em consonância com o desejo de Getúlio Vargas de permanecer no poder, o que ocorre em 10 de novembro de 1937, quando se inaugura a fase do Estado Novo, autoritário e centralizador, e entra em vigor a Carta Constitucional elaborada por Francisco Campos (FAUSTO, 2013). A tentativa de acabar com os serviços municipais de saúde e transferi-los para as mãos dos agora interventores estaduais, a criação de diversos serviços nacionais direcionados para doenças específicas foram os aspectos centralizadores da área da saúde, além da criação de mais instâncias de poder que disputavam entre si o orçamento.

---

<sup>14</sup> João de Barros Barreto (1890-1956) foi um médico sanitarista e professor brasileiro, que dirigiu o Departamento Nacional de Saúde nos anos 1937/1939/1942/1945 (UFPA, 2010).

Em relação à saúde o sanitarismo campanhista, centralizador e autoritário, alcançou o auge. Neste período o MES se encarregou da saúde pública, controlar epidemias e outras ações da coletividade constituiriam sua área de ação, enquanto a assistência médica previdenciária cuidaria de grupos populacionais específicos, o que marcou a separação das áreas:

A assistência pública (médica) era de caráter individual, destinada aos indivíduos acometidos por doenças que lhe impediam de trabalhar. O público-alvo das ações assistenciais do Estado varguista era composto por pobres indigentes, crianças e idosos. A assistência individual não estava sob o controle do MES – ou era exercida livremente pelos médicos ou, no caso dos trabalhadores, estava sob a responsabilidade dos serviços vinculados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. O distanciamento da saúde pública da medicina previdenciária permaneceu por um longo período em nossa sociedade e determinou a ampliação desmesurada da assistência médica de cunho individual frente às atividades de saúde pública (SCOREL e TEIXEIRA, 2008, p. 366).

Uma nova Constituição foi promulgada em 18 de setembro de 1946, mantendo a República Federativa e definindo as atribuições da União, Estados e Municípios. Já na área previdenciária os inativos e pensionistas foram incluídos na assistência médica previdenciária, ainda mais ampliada com a substituição do modelo de seguro pelo de seguridade social; e, no seu Artigo 157 estendeu o benefício sanitário, hospitalar e médico ao trabalhador e à gestante, inclusive de forma preventiva. Todos esses benefícios exigiam um maior aporte financeiro governamental, que passou de 2,3% dos recursos arrecadados em 1945 para 10% em 1952, o que se manteve até 1962. Contudo, o governo não aumentou a sua arrecadação na mesma proporção que os benefícios requeriam o que vai gerar posteriormente uma crise financeira da previdência, a qual culmina na defesa de abolir a contribuição tripartite entre os governos federal, estadual, municipal (SCOREL e TEIXEIRA, 2008).

Após um período fora do poder Vargas retorna em 1951, dessa vez eleito democraticamente (FAUSTO, 2013). Nesse período destaca-se a criação do Ministério da Saúde pela Lei 1.920, de 25 de julho de 1953, o qual é regulamentado pelo Decreto nº 34.596, de 16 de novembro de 1953. Assim, dissocia-se o Ministério da Educação e o da Saúde (BRASIL, 1953). A criação do Ministério envolveu discussões médico-sanitarista-parlamentar a respeito de qual modelo adotar para saúde, o que envolvia projetos políticos diferentes.

O avanço normativo e a institucionalização federal da saúde abrigam o importante objetivo de minar os serviços municipais que tinham aproximação com a oligarquia local, contrariando assim o federalismo praticado na Primeira República ao centralizar a política de

saúde. Esse novo modelo era justificado por agências internacionais como a Organização Panamericana da Saúde (Opas). Essa organização internacional apoiou o Instituto Oswaldo Cruz, hoje Fundação Oswaldo Cruz, na produção de vacina contra a febre amarela, pois havia uma percepção de que a doença precisava ser erradicada do continente, não adiantaria um país combatê-la, pois ela seria posteriormente reintroduzida, por questões migratórias (LIMA, FONSECA e HOCHMAN, 2005).

Getúlio Vargas retoma seus projetos econômicos investindo nas indústrias de base e nas obras de infraestrutura, com um ideal nacionalista. O sanitarismo desenvolvimentista se constituiu nesse período, ao defender a ideia de que a saúde da população depende do desenvolvimento econômico, assim cria “um estatuto de orientação constitucional do Ministério da Saúde até o golpe militar em 1964” (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008 p. 370).

Getúlio Vargas morre em 1954, em 1955 são convocadas eleições, as quais são vencidas por Juscelino Kubitschek (JK) que fica no poder até janeiro de 1961 (FAUSTO 2013). Em 1960, no final do seu governo, JK aprovou a Lei Orgânica da Previdência Social (Lops) que “[...] por um lado uniformizou os direitos dos segurados de todos os institutos no padrão dos melhores Instituto de Aposentadoria e Pensões - IAPs; por outro, incorporou a proposta de limitar a participação da União na receita previdenciária” (ESCOREL e TEIXEIRA, 2008, p. 377). No governo de Juscelino Kubitschek a proposta era manter a coordenação e controle no nível federal, enquanto as ações preventivas e curativas ficariam para os municípios.

Jânio Quadros é eleito e assume a presidência em 1961, contudo após oito meses renuncia, o vice-presidente João Goulart também tem um mandato curto, todavia traz novas ideias à questão sanitária:

A estratégia da municipalização condensou o novo projeto sanitário, que pretendia ser descentralizado e sustentado em um modelo de cobertura dos serviços de saúde, começando pelo atendimento básico prestado por auxiliares da saúde e se estendendo até o nível terciário, com atendimento médico hospitalar especializado. O que foi sugerido na Conferência Nacional de 1963 era uma lei municipal para todos os municípios criarem seus serviços de saúde. Em 1963, dos 3.677 municípios havia 2.100 sem nenhuma estrutura de saúde (FADUL, 1978, p.74).

Em 1962, numa disputa pela presidência da conservadora Sociedade Brasileira de Higiene (SBH)<sup>15</sup> o Serviço de Saúde Pública (Sesp) perde para o Ministério da Saúde sob a orientação de Mário Magalhães<sup>16</sup> defensor do sanitarismo desenvolvimentista e que participou de momentos centralizadores como a Reforma Carlos Chagas, o Estado Novo e a Reforma Capanema, defensor da municipalização da saúde. Apesar da influência direta da presidência da SBH nas diretrizes do Ministério da Saúde, a redução de doenças com o uso de pesticidas e antibióticos enfraquecia sua tese de que era necessário atender primeiro as condições básicas à vida como alimentação, moradia e vestimenta e que antes de construir um hospital eram necessárias obras de saneamento de água e esgoto.

Em 1962, Mário Magalhães, então presidente da SBH, organizou o XV Congresso Brasileiro de Higiene e preparou terreno para a convocação da 3ª Conferência Nacional de Saúde em 1963, presidida pelo então Ministro da Saúde Wilson Fadul<sup>17</sup>:

Nesta Conferência aparecem as teses de municipalização como modelo de organização de serviços de saúde, ausentes da política Souto -Maior. Não chegam a definir o significado da expressão [municipalização dos serviços de saúde] nem o papel que caberia ao MS [...] considerações genéricas [...] críticas à centralização federal, ao esvaziamento do papel executor dos municípios, à dispersão, superposição e multiplicidade de

<sup>15</sup> A Sociedade Brasileira de Higiene influenciava nas decisões da política de saúde nos âmbitos estaduais e nacional e congregava sanitaristas de todo o país, e até 1962 mantinha uma postura com base no sanitarismo tradicional (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p.371).

<sup>16</sup>Mário Magalhães foi, por mais de vinte anos, o principal mentor da corrente de pensamento conhecida como 'sanitarismo desenvolvimentista'. Em 1962 foi eleito presidente da Sociedade Brasileira de Higiene e, em 1963, foi indicado pelo ministro da saúde como secretário-geral da III Conferência Nacional de Saúde, ocupando o cargo de diretor da divisão de organização sanitária que recebia todos os trabalhos a serem apresentados no evento. Também foi o relator da comissão técnica incumbida do estudo sobre o tema da municipalização dos serviços de saúde (SCOREL, 2015, p. 2454).

“O sanitarismo desenvolvimentista nasceu no contexto das lutas pela democratização do país durante o Estado Novo e no bojo do processo de industrialização e urbanização que começava a se desencadear. [...] A crítica dirige-se ao sanitarismo campanhista, centralizador e autoritário que, nascido da Reforma Carlos Chagas em 1920-21, alcançara seu auge em 1938-45, quando Barros Barreto, diretor do Departamento Nacional de Saúde, com o aval político do Ministro Gustavo Capanema, elevou esse órgão à qualidade de central de comando e execução da política de saúde pública nacional, através de uma multiplicidade de programas verticais centralizados, esvaziando, a um tempo, tanto o papel dos estados nas divisões regionais quanto dos municípios no atendimento das prioridades locais.” (Labra M.E. Sanitarismo Desenvolvimentista, 1988, p. 15).

A filosofia da municipalização foi introduzida no Plano Trienal de Desenvolvimento Econômico e Social (1963-65), proposto pelo Ministro do Planejamento, Celso Furtado, do presidente João Goulart, mas assim como todas as propostas do sanitarismo desenvolvimentista foram suprimidas pela ditadura civil-militar, que chegou ao poder em 1º de abril de 1964. (SCOREL, 2015).

<sup>17</sup> “O Plano Trienal foi utilizado como justificativa para a solicitação da 3ª Conferência Nacional de Saúde, para que as autoridades municipais e federais coordenassem com a administração federal. A Municipalização dos serviços de saúde foi um dos quatro temas oficiais da Conferência” (SCOREL, 2015, p.2458).

Wilson Fadul foi um dos últimos cassados após o golpe de 64. Autor do Decreto que estabelecia as bases para a implantação da indústria química farmacêutica nacional (FADUL, 1978, p.74).

órgãos, ao alto custo/benefício de organizações tipo SESP, à baixa cobertura etc. (ESCOREL, 2015, p. 2458).

### 2.1.3 Período do Governo Autoritário Militar

Depois de um conturbado período político, surge um novo momento histórico no país, iniciado com o Golpe Militar, o qual se caracterizou por uma forte centralização de poder e cerceamento da democracia e de direitos civis e políticos.

Dentro do movimento sanitarista, Wilson Fadul (1978) e Mário de Magalhães se mostravam favoráveis à municipalização, entendiam que era o meio de criar serviços mínimos de saúde em cada município brasileiro, ou seja, eram contrários à verticalidade do sistema e sua centralização. Wilson Fadul também não concordava com a separação da saúde previdenciária e saúde pública, para ele a saúde deveria ser tratada como um único objeto. No entanto, devido ao golpe militar de 1964 o que se estruturou foram sistemas distantes dos seus pensamentos, como veremos a seguir.

A centralização e verticalidade na área da Saúde e a falta de entendimento entre os diferentes serviços federais permanecem, sobrepondo tarefas. O autoritarismo permitiu a redução da participação orçamentária da União nos gastos públicos por meio das reformas financeira e fiscal de 1964 e 1965, previdenciária em 1966 e tributária e administrativa em 1967. O governo federal reduziu os investimentos em gastos sociais e os elevou em infraestrutura. A centralização financeira aumentou a dependência dos estados e municípios das transferências de verbas do governo federal. (ESCOREL, TEIXEIRA, 2008; TEIXEIRA et al., 1988). Como veremos a seguir uma nova organização institucional se deu na área da saúde durante o período da ditadura.

Durante a primeira década da ditadura militar o modelo previdenciário de atenção estatal à saúde sobrepujou o Ministério da Saúde que perdeu poder e verba. Pelo Decreto-lei nº 72 de 21 de novembro de 1966 a ditadura militar constituiu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)<sup>18</sup>, uniformizou os benefícios e isentou a União de ônus de contribuição paritária. A previdência assume então função assistencial e distributiva, limitada aos trabalhadores com carteira assinada. Apesar de tender à universalização com inserção gradual de trabalhadores

---

<sup>18</sup>Unificou os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) dentro do INPS, acarretou assim, centralização administrativa e financeira, assim os trabalhadores foram afastados da gestão (BRASIL, 1966).

rurais e de outros segmentos e de inserir algumas ações até então não previstas como acidentes de trabalho, uma grande parcela da população não era contemplada pelo INPS. Dessa parcela, os incluídos nos programas governamentais de saúde - materno-infantil, tuberculosos, hansenianos-recebiam atendimentos nos centros de saúde pública, para os demais restavam duas opções de acordo com os recursos financeiros, Santas Casas e entidades filantrópicas para os que não podiam pagar e consultórios e clínicas privadas para os que dispunham de recursos (SCOREL, 2008).

A partir dessa organização algumas características vão se definir na área médica: a valorização da prática médica individual e do atendimento especializado, necessitando assim de equipamentos e medicamentos de alto custo, estimulando o crescimento de empresas farmacêuticas e de tecnologia em saúde, prática médica capitalista voltada para o lucro. A tendência à universalização do INPS não foi acompanhada pelo aumento da sua estrutura, que inicialmente contou com o que já havia dos IAPs, obrigando assim a contratação de serviços de terceiros, com privilégio do setor privado. O Decreto-lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967<sup>19</sup>, sobre a Reforma Administrativa prevê a compra de serviços de terceiros, assim o INPS passa a ser o maior comprador de serviços privados da saúde e a maneira de pagamento era uma enorme fonte de roubo das contas públicas, com cobranças indevidas (SCOREL, 2008; OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Na saúde, as políticas de Planejamento reforçaram a privatização dos serviços médicos, através da compra de serviços pela Previdência, sob a forma de unidades de serviço. As palavras de ordem eram a produtividade, o crescimento, a desburocratização e a descentralização da execução de atividades (BRAGA e PAULA, 1987, p.200).

---

<sup>19</sup> Conforme o Decreto-lei nº 200/67:

Capítulo III - Da Descentralização

Art. 10. A execução das atividades da Administração Federal deverá ser amplamente descentralizada.

§ 1º A descentralização será posta em prática em três planos principais:

a) dentro dos quadros da Administração Federal, distinguindo-se claramente o nível de direção do de execução;

b) da Administração Federal para a das unidades federadas, quando estejam devidamente aparelhadas e mediante convênio;

c) da Administração Federal para a órbita privada, mediante contratos ou concessões.

§ 7º Para melhor desincumbir-se das tarefas de planejamento, coordenação, supervisão e controle e com o objetivo de impedir o crescimento desmesurado da máquina administrativa, a Administração procurará desobrigar-se da realização material de tarefas executivas, recorrendo, sempre que possível, à execução indireta, mediante contrato, desde que exista, na área, iniciativa privada suficientemente desenvolvida e capacitada a desempenhar os encargos de execução.

§ 8º A aplicação desse critério está condicionada, em qualquer caso, aos ditames do interesse público e às conveniências da segurança nacional (BRASIL, 1967).

Outra modalidade da terceirização da saúde, incorporada na previdência social, estava compreendida nas empresas particulares que, mediante convênio com empresas de medicina de grupo para oferecer assistência médica aos seus empregados, ficavam isentas de contribuir para o INPS, o que fragmentava ainda mais a atenção à saúde do trabalhador, que já tinha três programas distintos: Ipase, para os funcionários públicos; o INPS para os trabalhadores urbanos; e o Funrural, para os trabalhadores rurais; de acordo com a lei nº 6.439 de 1 de setembro de 1977 (DATAPREV, 1977).

Em relação às pesquisas da área, funcionários do Instituto Oswaldo Cruz - IOC foram vítimas de perseguição da ditadura militar, o que fez alguns imigrarem diante da impossibilidade de desenvolverem seus trabalhos, com o fechamento de seus laboratórios, aposentadorias compulsórias e proibição de trabalhar. O pesquisador Rocha Lagoa nomeado como diretor do IOC em 1964 e como ministro da Saúde em 1970 participou das ações contra os cientistas, inclusive também cassando os direitos políticos de dez deles, em consequência do exposto o IOC entra em decadência (SCOREL 2008).

De acordo com Arouca (2003) as origens do movimento da reforma sanitária promovida pelos militares no Brasil, se basearam no modelo preventivista que surgiu no início da década de 1960 e se difundiu nos Estados Unidos com o intuito de alterar a prática médica, contudo sem alterar a organização da atenção à saúde, que era de caráter liberal. Em 1968 a Reforma Universitária cria os departamentos de Medicina Preventiva (DMP) em todas as faculdades de Medicina, os quais realizam a abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde<sup>20</sup>. Até 1970, a maior parte dos programas comunitários estava vinculada a esses departamentos e foram vivenciados por estudantes nas suas práticas extramuros (SCOREL, 2008).

A partir dessa vivência constrói-se a teoria social da saúde que vai se contrapor a outras duas diferentes correntes, a preventivista liberal e a racionalização técnica:

A teoria social da medicina adotou como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização. Como conceitos estratégicos, a abordagem médico-social adotaria a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, visando a partir desta prática, a uma transformação social (SCOREL, 2008, p.396).

---

<sup>20</sup> “A abordagem histórico estrutural dos problemas de saúde significa a adoção da teoria do materialismo histórico e dialético, do marxismo, para analisar os processos de saúde e adoecimento numa determinada sociedade. Isso envolve considerar a determinação da infra-estrutura econômica na distribuição desigual das doenças entre as classes sociais” (SCOREL 2008, p. 394).

Ernesto Geisel (1974-1979), quarto presidente do período autoritário militar, lançou o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) que estabelecia o Ministério da Saúde como campo normativo, e o Ministério da Previdência Social, voltado para o atendimento médico-assistencial individualizado (BRASIL, 1973). O II PND foi o predecessor da Lei 6.229, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre o Sistema Nacional de Saúde e no Art. 1º incisos I ao V determina a distribuição dos papéis da saúde em cinco ministérios:

I - do Ministério da Saúde, ao qual compete formular a política nacional de saúde e promover ou executar ações preferencialmente voltadas para as medidas e os atendimentos de interesse coletivo [...].

II - O do Ministério da Previdência e Assistência Social, com atuação voltada principalmente para o atendimento médico-assistencial individualizado [...].

III - O do Ministério da Educação e Cultura, incumbido principalmente da formação e da habilitação dos profissionais de nível universitário, assim como do pessoal técnico e auxiliar necessário ao setor saúde [...].

IV - O do Ministério do Interior, atuando nas áreas de saneamento, radicação de populações, desenvolvimento regional integrado e assistência em casos de calamidade pública [...].

V - O do Ministério do Trabalho, quanto à higiene e segurança do trabalho, à prevenção de acidentes, de doenças profissionais e do trabalho, à proteção, disciplina corporativa e política salarial das profissões de saúde [...] (BRASIL, 1975).

Assim, as ações diretas em Saúde não estavam concentradas no Ministério da Saúde e sim no Ministério do Interior. Em relação à distribuição de atribuições entre os estados, municípios e União verifica-se que não fica bem clara a real distribuição das ações:

Art. 3º Em relação a cada área de atuação, a União exercerá ações próprias e supletivas:

I - No campo da saúde coletiva, ação própria no combate às endemias, no controle das epidemias, nos casos de calamidade pública e nas ações de caráter pioneiro, utilizando na medida do possível a colaboração dos Estados e Municípios.

II - No campo da saúde individual, ações próprias e supletivas, de preferência conjugando os esforços e recursos da União, dos Estados e dos Municípios e das entidades privadas.

O Art. 4º, da referida Lei, prevê a compatibilização entre os objetivos, metas e ações frente às coordenadorias de saúde e o governo federal.

Para Escorel (1999), as bases institucionais que estimularam o crescimento sanitário em seu processo de articulação e crescimento surgiram vinculadas ao II PND e, são elas: o setor

saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (CNRH/Ipea), a Financiadora de Estudos e Projetos (Finep) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde da Opas (PPREPS/Opas). Essa forma de organização tornou possível o financiamento de projetos e desenvolvimento de recursos humanos.

Dentro do Orçamento Geral da União o MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social detinha apenas para o seu setor de saúde dezesseis vezes mais recursos do que o Ministério da Saúde, o que demonstrava o pouco prestígio em relação aos recursos financeiros do último em comparação ao primeiro (MELLO, 1981). Ao mesmo tempo em que havia um grupo encastelado no MPAS defendendo interesses do setor privado, no Ministério da Saúde formava-se um grupo que iria combater estes interesses (SCOREL, 2008).

Assim, podemos resumir que os anos do governo Geisel (1974-1979) não referendaram mudanças do modelo de atenção à Saúde, mas um período de estruturação de um movimento contra-hegemônico, onde ocorre mudança da arena política e se origina o movimento sanitário, que segundo Escorel (1999) teve três vertentes principais: o movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); os Movimentos de Renovação Médica e de Médicos Residentes; e os profissionais da academia.

No governo seguinte, do presidente João Figueiredo (1979-1985), ocorre em 1981 um desdobramento do que vinha ocorrendo no fim do governo Geisel com uma greve geral dos médicos, os quais pleiteavam melhores salários e condições de trabalho, mas também questionavam a política de saúde e o mercado de trabalho. Uma das ações de Figueiredo foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) responsável por ações em cidades com população inferior a 20 mil habitantes e passou a integrar o Programa Nacional de Serviços Básicos do Ministério da Saúde (SCOREL, 2008). Houve um momento em que a procura por consultas individuais aumentavam, pois:

O quadro epidemiológico que passou a evidenciar-se mostrava a coexistência de doenças infecto-contagiosas e doenças crônico-degenerativas. Além disso, enfermidades como doença de Chagas, esquistossomose e malária, que incidiam preponderantemente na zona rural, passaram a assolar também as cidades (BRAGA e PAULA, 1987, p.234).

O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, criado em parceria com os técnicos de dois ministérios, Previdência e Saúde, não chegou a ser colocado em prática, pois para o contexto político da época era considerado muito progressista:

Este (Programa) teve como objetivos gerais, a reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, saneamento e habitação. Tinha como pressuposto básico a hierarquização das formas de atendimento, de forma tal que a atenção primária se constituísse na porta de entrada dos clientes no sistema de saúde. Além disso, colocavam-se também como pressupostos básicos, a participação comunitária, a integração dos serviços existentes (público e privado) e a regionalização definida por área e população (BERTOLOZZI e GRECCO, 1996, p. 390).

O Conselho Nacional de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) foi constituído de forma autoritária, com a proposta de um plano para integrar as ações nos três níveis - federal, estadual e municipal – e priorizar as ações primárias principalmente a assistência ambulatorial. Previa um sistema verticalizado e com participação do setor privado. Segue-se a este o Plano de Ações Integradas de Saúde, que previa maior racionalidade dos serviços básicos do setor público e descentralização do planejamento e administração. Houve lenta adesão dos municípios ao convênio por vários fatores:

Essa morosidade era decorrente, além de outras causas, da carência de informações para a definição do Plano de Aplicação Municipal, bem como e, acima de tudo, pela postura do INAMPS que impunha determinadas exigências (BERTOLOZZI e GRECCO, 1996, p.391).

Para conter os gastos da Previdência Social com a assistência médica, em novembro de 1981 o governo federal lança o pacote da previdência que criou o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), o qual tinha por finalidade apresentar propostas para este fim. Este órgão estava vinculado ao MPAS e conglomerava representantes do governo federal, dos patronais, dos trabalhadores e dos médicos. Em agosto de 1982 foi aprovado o ‘Plano Conasp’, que deveria ser implementado pelo Inamps, compunha-se de 33 projetos e programas. Dentre eles o Programa de Ações Integradas em Saúde (PAIS), que propunha um convênio trilateral.

A partir do segundo semestre de 1983, o PAIS passou a ser implementado em alguns estados do Brasil por meio de convênios e termos aditivos, desenvolvendo-se em um contexto institucional que refletia de forma particular a crise governamental, com a falta de recursos financeiros e de coordenação por parte do governo (SCOREL, 2008, p. 423).

Contudo em janeiro de 1984 o PAIS foi transformado em AIS. As Ações integradas de Saúde (AIS) eram uma estratégia governamental, que contemplava interesses municipais e estaduais, e que conferia maior racionalidade aos serviços básicos do setor público, através do estabelecimento de convênios com o Ministério da Previdência e Assistência Social.

Em maio de 1984, as AIS foram adotadas como estratégia federal de reordenamento da política nacional de saúde, contemplando o princípio da descentralização do processo de planejamento e administração e todos os estados haviam assinado os convênios (SCOREL, 2008). Para Rodrigues Neto (2003) a participação do movimento sanitário aí se dá, dentro da direção geral do Inamps, com o acesso as informações e evolução do processo político proporcionado pelas AIS.

#### **2.1.4 Período da Redemocratização**

O movimento sanitário participou da campanha das *Diretas Já!* juntando-se a uma grande mobilização da sociedade civil que pleiteava eleições diretas para presidente da República. A proposta de unificação do sistema de saúde fazia parte das ideias do movimento sanitário e foi incorporada pelo PMDB, posteriormente integrou o Plano de Governo – Comissão do Plano de Ação Governamental (Copag), criada por Tancredo Neves (SCOREL, 2008). Tancredo Neves foi eleito presidente e José Sarney vice-presidente, mas o primeiro faleceu antes de assumir e o vice tomou posse com presidente em 15 de março de 1985, pondo fim ao período ditatorial do regime militar.

A Reforma Sanitária brasileira não foi setorial, ela começa na saúde, mas não se esgota neste âmbito, há um entendimento de que é necessário melhorar as condições de saúde e da qualidade de vida da população e para isto torna-se necessário levar em conta os determinantes estruturais e culturais que a influenciam. Diferiu das reformas da Organização Mundial da Saúde (OMS), da OPAS e do Banco Mundial, também não se enquadrou na reforma sanitária da literatura internacional. Sua origem está na sociedade civil e “transbordou na política estatal” (PAIM, 2008).

Em 1985, a nomeação de representantes do movimento sanitário para importantes cargos de direção do Ministério da Saúde – em particular de Sérgio Arouca para a presidência da Fundação Oswaldo Cruz, e no Ministério da Previdência e Assistência Social, de Hésio Cordeiro para a presidência do Inamps – possibilitou uma inflexão nos rumos da política nacional de saúde (SCOREL, 2008, p.427).

A presença dessas personalidades à frente do movimento na defesa da Reforma Sanitária no governo garantiu a inserção das ideias no plano do executivo. O que parecia consensual no fim da ditadura, como a unificação do sistema de saúde, com a consequente incorporação do Inamps, passou a conflitar quando passou para a prática. A realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 foi um marco para o setor, os participantes entenderam sua importância pela proximidade da convocação da Assembleia Constituinte e a possibilidade de inserir novas regras no setor. O exame dos Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde reflete esta preocupação, como no discurso do ministro Roberto Figueira Santos que escreve “O momento é decisivo [...]. Aproxima-se a instalação da Assembleia Constituinte, razão para a convocação de uma conferência que diferisse das anteriores na sua composição” (1986, p.15).

Representantes das autoridades federais, estaduais, municipais e outros setores da comunidade, inclusive usuários participaram dos debates. Estudiosos do governo produziram documentos de grande valor sobre o Brasil e a saúde, que serviriam de base para a implantação dos novos serviços:

Muito mais tranquilamente virão os programas de cobertura universal dos serviços de saúde, de municipalização, de distribuição de alimentos como ação de saúde, de reidratação oral, de imunização universal [...] e tudo o mais que se quer como ação curativa e preventiva [...] E a vocês usuários permitirá participação muito mais direta no planejamento, no controle de qualidade, na gestão e fiscalização das atividades [...] Povo sadio é povo feliz. E a saúde é direito de todos e dever do Estado (8ª CNS, 1986, p. 18).

O Ministro da Previdência Social, Raphael de Almeida Magalhães, pontuou que em quarenta e cinco anos do evento pela primeira vez se observou a representação maciça da sociedade civil com a presença de sindicatos, associações, partidos políticos e entidades de representação de moradores e considerou que o evento seria um “divisor de águas entre a precariedade da assistência e uma nova situação” (Anais da 8ª CNS, 1986, p.19). Ponderou que a descentralização era necessária para atingir os objetivos fundamentais, ao deixar para trás a concentração e centralização de recursos no governo federal em detrimento de outras esferas de poder.

A municipalização proposta compreendia quatro dimensões: a gestão colegiada, a cobertura assistencial planejada, a qualificação técnica da prestação de serviços e a

coparticipação financeira das instituições públicas, de forma a viabilizar o funcionamento efetivo e ampliação da cobertura de serviços. Para o programa de municipalização seria necessária a recuperação da ociosidade e a incorporação dos hospitais filantrópicos e beneficentes (Anais da 8ª CNS, 1986). De acordo com Arouca (1986), presidente da FIOCRUZ durante a 8ª CNS, o importante não era modificação pontual no modelo, mas algo mais abrangente que compreendesse todo um sistema de saúde:

Tinha que haver uma mudança a partir do momento em que existisse uma consciência nacional tão profunda, tão séria, que se transformasse em desejo político, num desejo político irreversível, eu diria quase suprapartidário, que levasse à noção que o sistema de saúde brasileiro tem que ser mudado (Anais da 8ª CNS, 1986, p. 35).

Como existiam muitos temas a serem discutidos era preciso ficar atento para que não se esvaziasse o mais importante, a saúde como um direito. O objetivo da 8ª CNS era colocar a questão da saúde na esfera da Constituição. E como foi colocado no Congresso, esse era um projeto nacional que não excluía o setor privado e as reformas econômica, agrária, urbana e financeira também eram necessárias.

Jairnilson Paim também esteve presente na 8ª CNS e discutiu sobre a questão do “Direito à Saúde, cidadania e estado”, e colocou a questão de que o Estado não é neutro, não pode ser manipulado livremente e tem autonomia relativa, assim define o Estado segundo Gramsci “[...] é todo o complexo de atividades práticas e teóricas com os quais a classe dirigente justifica e mantém não só o seu domínio, mas consegue também o consenso ativo dos governados” (Anais da 8ª CNS, 1986, p.46).

Em 1985, o Congresso Nacional aprova uma reforma ministerial que reestrutura os Ministérios da Saúde e da Previdência Social, o que leva a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN) a utilizar as AIS como base para a redefinição das políticas de saúde. Em 1986, o governo Sarney aprovou aumento de verbas para o Ministério da Saúde (Paim, 1986).

No entendimento de Cordeiro (1986), para definir o serviço de saúde como serviço público era preciso descentralizar e democratizar. A ideia de municipalizar é praticamente um consenso, junto à gestão tripartite no âmbito administrativo e financeiro. Eleutério Rodriguez Neto (1986) destaca o alto grau de consenso em relação à necessidade de transformação diante da insatisfação de todos os segmentos sociais na 8ª CNS.

A 8ª CNS cumpriu o papel de contribuir para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, pois teve como desdobramentos a formação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), com composição paritária entre sociedade civil e governo, foi responsável por elaborar a proposta constitucional para o capítulo da saúde; e a conformação da Plenária Nacional de Saúde<sup>21</sup>. A representação da Plenária Nacional de Entidades da Saúde fez diferença no processo constituinte, garantiu um capítulo sobre a saúde, ausentes nas Constituições anteriores, de forma a inserir a ideologia do pensamento sanitário (ESCOREL 2008).

As diretrizes e propostas da 8ª CNS foram aprofundadas na Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS) realizada em outubro de 1986 com o tema "Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária". Foi promovida pelo Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Educação e Organização Pan-Americana da Saúde, e coordenada pela Comissão de Recursos Humanos da Comissão Interministerial de Planejamento (CIPLAN). Na comissão organizadora participaram a Secretaria de Recursos Humanos/SG/MS, Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ e Assessoria – Comitê Interno de Recursos Humanos/MS.

Como exposto no Relatório Final da CNRHS de 1986, houve a participação dos profissionais da área da saúde, educação, trabalho e administração como também dos usuários do setor saúde. Após pré-conferências nos 23 estados brasileiros, formaram-se as Comissões Estaduais interinstitucionais de Recursos Humanos para facilitar o desdobramento da Conferência e manter um espaço permanente de discussão. Em nível dos estados, vinte e dois grupos de trabalho com cerca de 500 pessoas participaram e trouxeram questões acerca das realidades regionais. Para a comissão organizadora da CNRHS de 1986 era necessário um entendimento entre as áreas de ensino e de prestação de serviço, que levassem em consideração a realidade social. Verificou-se também, a necessidade de um melhor relacionamento entre os profissionais da saúde e os seus usuários. E concluiu-se que para uma melhor adequação dos trabalhadores à realidade brasileira era preciso observar vários requisitos.

De fato, a Conferência nos mostra que, não obstante a grande importância das questões referentes ao preparo do pessoal para que sua capacitação seja adequada e conveniente à realidade social brasileira, os órgãos de recursos humanos devem transcender esse âmbito e incorporar o estudo e o trabalho de temas como recrutamento e seleção, concurso, plano de

---

<sup>21</sup> A Plenária Nacional de Saúde era composta por 168 entidades, com diferentes origens: movimento sindical, dos profissionais da saúde, dos partidos políticos, representantes da academia inclusive estudantes, e representantes setoriais como dos secretários de saúde do Estado e do Município, e o Cebes (FALEIROS, et al., 2006).

cargos e salários, isonomia salarial, avaliação de desempenho, direitos trabalhistas e escolha dos cargos de chefias entre outros, na procura de soluções apropriadas e transformadoras. A integração com os departamentos de pessoal foi proposta e torna-se indispensável. Não há como se pensar um novo sistema de saúde sem passar por estas questões. Elas constituem, com certeza, um dos pontos de maior resistência às mudanças preconizadas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde/ Relatório Final, 1986, p.10).

Nesta perspectiva buscaremos entender a construção histórica da área e identificar a política de gestão de recursos humanos do setor saúde no que diz respeito à educação permanente do trabalhador. Prosseguiremos com a Constituição de 1988 e as normas operacionais que possibilitaram a adesão dos municípios à nova política de saúde. Posteriormente discutiremos a questão da educação permanente.

A Constituição Federal de 1988 contempla uma seção para a área e no seu Art. 196 dispõe sobre a saúde como direito de todos e dever do Estado, princípio da Reforma Sanitária, e institui o Sistema Único de Saúde (SUS); no Art. 198 define as ações do serviço público e no parágrafo único o seu financiamento:

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.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

A unificação da assistência médica previdenciária ficou a cargo do governo Fernando Collor (1990-1992) o que ocorre com a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e no seu Art. 2º determina a saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado. No Art. 7º inciso IX prevê a descentralização:

- 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 (BRASIL, 1990).

Na Constituição de 1988 conforme indicado acima, a participação da comunidade é garantida na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), contudo não é especificado como se dará. Assim, a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 regulamenta como ocorrerá a participação dos habitantes e também as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Essa lei procurou recuperar a participação paritária popular, cerceada na Lei Orgânica da Saúde, de caráter neoliberal e mercantilista editada pelo então presidente Collor:

Coincidente com a eleição de Collor, o ano de 1989 foi um momento de inflexão da Guerra Fria, simbolizado pela queda do Muro de Berlim, com o redirecionamento das relações políticas internacionais, mudando-se o conflito ideológico entre socialismo e liberalismo, trazendo uma clara supremacia do pensamento neoliberal, de defesa do mercado e de suas políticas decorrentes (FALEIROS, 2006, p.111).

O SUS integra um novo modelo, a seguridade social, como previsto no Art. 194 da Constituição, que prevê no inciso I a universalidade da cobertura e no inciso VII a gestão descentralizada e participativa:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados (BRASIL, 1988).

O Art. 195 dispõe sobre o financiamento tripartite e a origem dos tributos para tal fim:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I - dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

II - dos trabalhadores;

III - sobre a receita de concursos de prognósticos (BRASIL, 1988).

Como não é nosso objetivo detalhar o SUS citaremos apenas as mais importantes diretrizes e seus princípios: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência; igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; integralidade da assistência; participação da comunidade; descentralização política-administrativa. A partir do SUS a saúde deixa de ser uma questão setorial, ganha uma nova abrangência, para contemplar este novo modelo foi necessária a orientação de políticas econômicas e sociais neste sentido, a integração com as demais políticas públicas e atuação entre as três esferas de governo (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008).

A 9ª CNS ocorreu entre 10 e 14 de agosto de 1992 e teve como tema “Municipalização é o caminho”, a comissão organizadora expõe na Apresentação do Relatório Final a reafirmação do SUS como estratégia para a saúde, a descentralização passando pela municipalização como o meio de alcançá-la. A participação paritária dos representantes do governo, funcionários da saúde e usuários do SUS legitima esta conferência. Em relação aos Recursos Humanos, dentre outras coisas, propõe a realização de uma Conferência Nacional sobre Recursos Humanos de Saúde.

Com a queda do presidente Collor em 1992, o seu vice Itamar Franco assumiu a presidência em outubro do mesmo ano. Em setembro de 1993, ocorreu a II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde - CNRHS seguindo, portanto a recomendação expressa na 9ª Conferência Nacional de Saúde - CNS. Silva (1994) na apresentação do relatório final desta conferência destaca que o momento vivido quando da I CNRHS ainda era de indefinições, pois ocorreu em 1986 e o SUS só foi criado em 1988 e regulamentado em 1990. Assim, a prioridade daquele momento foi a viabilização do SUS e a garantia da sua universalidade, como dever do Estado e direito de todos, garantida na Constituição. O autor ainda destaca que o agravamento da precarização do trabalho, a falta de compromisso entre os gestores, prestadores de serviços, servidores e usuários da saúde e o processo de formação desse trabalhador também precisavam ser considerados. Evidenciou também certa superposição do trabalhador, usuário e representante da gestão o que não legitimava sua representatividade paritária. Por fim, houve a recomendação que se rompesse o círculo vicioso entre o SUS e as políticas de formação e, a valorização estratégica da área.

Em 1º de janeiro 1995 Fernando Henrique Cardoso (FHC) é eleito presidente. A 10ª CNS foi realizada em setembro de 1996, com representação paritária, os usuários representavam metade dos participantes. Antecederam este evento 3000 Conferências Municipais de Saúde,

seguidas de Conferências Estaduais, que elegeram 1.260 representantes com a participação de todos os estados e do Distrito Federal (DF). Estiveram presentes também os representantes dos segmentos que compõem o Conselho Nacional de Saúde. O tema central foi “SUS - Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida”. A Carta da 10ª CNS traz críticas ao modelo econômico neoliberal do governo federal, que sob a alegação de modernização procura impor o Estado mínimo para as políticas sociais e máximo para o grande capital nacional e internacional, dissimulado na política de Reforma Administrativa e do Estado (Relatório da 10ª CNS, 1996, p.8).

Em relação aos recursos humanos para a saúde a 10ª CNS colocou que a implantação de uma Política de Recursos Humanos para a Saúde deveria ser feita pelo Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com o envolvimento dos setores interessados e deliberada pelos Conselhos de Saúde. Ao contemplar dentre outros itens a capacitação permanente e a educação continuada, o Ministério da Saúde ficou responsável por elaborar, com a aprovação do Conselho Nacional de Saúde, uma:

Norma Operacional Básica de Recursos Humanos com princípios que regulem a ação e a relação das esferas de governo com relação aos trabalhadores no âmbito do SUS e que inclua uma “agenda de prioridades” para implantação desta Política (Relatório da 10ª CNS, 1996, p.54).

Ainda em relação à 10ª CNS ficou sob a responsabilidade do Ministério da Saúde convocar a III Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, pautando nela a elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS e a regulamentação do inciso III, do Artigo 200, da Constituição Federal. E, juntamente com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde deveria nos termos da Lei Federal n.º 8.142/90, assegurar os critérios aprovados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 12, de 03 de outubro de 1991 e permitir o acesso a programas de formação, capacitação, educação continuada e reciclagem.

Este movimento resultou na elaboração de um documento posteriormente revisto no Seminário Nacional. O documento em questão contou com a contribuição de juristas e das demais partes interessadas como gestores, trabalhadores e usuários com seus respectivos representantes e resolvidas as contradições foi apresentado à 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2000:

Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOBRH/SUS), indicando a elaboração de um instrumento normativo a ser pactuado entre os gestores do SUS, por meio da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e publicado pelo CNS, a ser implementado pelas três esferas de governo (IPEA, 2005).

O processo de descentralização da Saúde após a criação do SUS ocorreu durante a década de 1990, os municípios passaram a ter poder decisório, responsabilidade sobre a gestão dos serviços e da administração dos recursos financeiros:

[...] o SUS construiu, entre 1988 e 1993, uma complexa estrutura institucional para a tomada de decisões, a qual deve viabilizar a realização dos objetivos da política de saúde, bem como respostas aos novos desafios próprios à sua implementação (ARRETCHE, 2003, p.331).

Os municípios aderiram ao SUS de forma gradual e não obrigatória, o governo federal utilizou-se de Normas Operacionais Básicas (NOB) para detalhar as formas e responsabilidades do Município frente à adesão ao SUS nas diferentes modalidades. A capacidade de indução do governo federal ficou demonstrada a cada NOB editada frente as adesões efetivadas pelos municípios, como se segue, as NOBs 91/92, 1074 (22%) (LECOVITZ, 2001), a NOB/93, 3127 (63%) (QUEIROZ, 2001) e a NOB/96 (99,6%) (LEVCOVITZ, 2001). Quanto aos estados 26 se habilitaram na NOB/93 e posteriormente 12 destes migraram para a NOB/96.

As NOBs 91/92 tinham características pouco atraentes para o município por isso Arretche (2003), considera expressivo os 22% de adesão inicial. A NOB/93 teve boa participação dos municipalistas e foi concebida por um processo de debates (CARVALHO, 2001; GOULART, 2001) e resultou na efetiva descentralização proposta pelo SUS. Com isso, o Estado brasileiro altera a sua configuração centralizadora, mas permanecem algumas características do antigo modelo:

[...] a articulação público X privado na provisão de serviços; a natureza do contrato de trabalho dos médicos que prestam serviços ao setor público; a insuficiente regulamentação do setor de saúde suplementar até 1998 –, o fato é que, ainda assim, o Brasil substituiu um modelo de assistência à saúde baseado no princípio contributivo e centralizado por um modelo em que o direito legal de acesso gratuito a ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade é universal e no qual a prestação de serviços está organizada de modo hierarquizado e descentralizado (ARRETCHE, 2003, p.332).

A NOB/93 teve por objetivo disciplinar o processo de descentralização tendo em vista a organização do SUS, para tanto definiu como pressupostos a redistribuição de poderes, envolvimento dos atores para legitimar as decisões, financiamento tripartite, rupturas com as práticas em vigor. Considerou por isso, um período de transição e definiu como o objetivo mais importante a mudança de eixo do modelo de atendimento para “[...] a assistência integral, universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera do governo, em todos os pontos do sistema” (BRASIL, 1997, p.23).

Três âmbitos de atuação e sua composição ficaram assim definidos: o âmbito nacional pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT)<sup>22</sup> e o Conselho Nacional de Saúde<sup>23</sup>; o âmbito estadual pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB)<sup>24</sup> e o Conselho Estadual de Saúde (CES)<sup>25</sup> e no âmbito municipal pelo Conselho Municipal de Saúde<sup>26</sup>. Um fluxo decisório ficou definido para melhor articular e definir o papel de cada um. De acordo com a NOB/93 das condições de gestão:

O processo de descentralização, objetivo desta norma, dar-se-á através de diferentes sistemáticas de relacionamento entre a esfera federal e as outras duas esferas político-administrativas, propiciando a convivência de situações diferenciadas no que se refere às condições da gestão do SUS nos estados e municípios (BRASIL, 1997).

---

<sup>22</sup> Comissão Intergestores Tripartite - integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS, tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS, submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde.

<sup>18</sup> Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite- CIB, criadas pela Norma Operacional Básica - NOB/93/MS, como fórum de pactuação entre os gestores federal, estadual e municipal (SANTOS, 2008, p.15).

<sup>23</sup> Constituído pelo Decreto nº 99.438, de 07 de agosto de 1990, atua como órgão deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Nacional de Saúde.

<sup>24</sup> Comissão Intergestores Bipartite - integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado, deverá ser criada e formalizada através de portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS. O Secretário de Saúde do município da capital será considerado membro nato desta Comissão. Cada estado contará com uma Comissão Bipartite, cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador.

<sup>25</sup> Conselho Estadual de Saúde - instância permanente e deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, com composição e atribuições previstas em lei estadual, observado o disposto na Lei 8.142, de 1990.

<sup>26</sup> Conselho Municipal de Saúde – instância permanente e deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da Política Municipal de saúde, com composição e atribuições previstas em lei municipal, observado o disposto na Lei 8.142, de 1990.

Segundo Albuquerque (1997), a garantia da participação de todas as instâncias envolvidas na discussão da NOB/96 pelo Ministro da Saúde Adib Jatene e a experiência das normas operacionais anteriores fortaleceu a confiança e demonstrou a importância da viabilidade do SUS. A NOB/96 tem por finalidade:

[...] promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 1996).

A NOB/96 aperfeiçoou e reordenou a gestão do SUS, pois redefiniu os papéis de cada esfera de governo e os instrumentos gerenciais para tal fim. Os municípios e estados poderiam aderir à NOB/96 por dois mecanismos de gestão:

a) GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA; e b) GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL. Os municípios que não aderirem ao processo de habilitação permanecem, para efeito desta Norma Operacional, na condição de prestadores de serviços ao Sistema, cabendo ao estado a gestão do SUS naquele território municipal, enquanto for mantida a situação de não-habilitado. A partir desta NOB, os estados poderão habilitar-se em duas condições de gestão: a) GESTÃO AVANÇADA DO SISTEMA ESTADUAL; e b) GESTÃO PLENA DO SISTEMA ESTADUAL. Os estados que não aderirem ao processo de habilitação, permanecem na condição de gestão convencional, desempenhando as funções anteriormente assumidas ao longo do processo de implantação do SUS não fazendo jus às novas prerrogativas introduzidas por esta NOB, exceto ao PDAVS<sup>27</sup> nos termos definidos pela SVS/MS. Essa condição corresponde ao exercício de funções mínimas de gestão do Sistema, que foram progressivamente incorporadas pelas SES, não estando sujeita a procedimento específico de habilitação nesta NOB (BRASIL, 1997).

Quanto ao financiamento ficou definida que a responsabilidade tripartite está de acordo com a Constituição Federal de 1988 no Art. 194, inciso VI, parágrafo único que dispõe sobre a *diversidade da base do financiamento* e Art. 195 determina as principais fontes específicas:

Folha de Salários (Fonte 154), o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e o Lucro (Fonte 151 - Lucro Líquido). Até 1992, todas essas fontes integravam o orçamento do Ministério da Saúde e ainda havia aporte significativo de fontes fiscais (Fonte 100 - Recursos Ordinários, provenientes principalmente da receita de impostos e taxas). A partir de

---

<sup>27</sup> Programa Desconcentrado de Ações de Vigilância Sanitária (PDAVS)

1993, deixou de ser repassada ao MS a parcela da Contribuição sobre a Folha de Salários (Fonte 154, arrecadada pelo Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS). Atualmente, as fontes que asseguram o maior aporte de recursos ao MS são a Contribuição sobre o Faturamento (Fonte 153 - COFINS) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (Fonte 151), sendo que os aportes provenientes de Fontes Fiscais são destinados praticamente à cobertura de despesas com Pessoal e Encargos Sociais. Dentro da previsibilidade de Contribuições Sociais na esfera federal, no âmbito da Seguridade Social, uma fonte específica para financiamento do SUS - a Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras - está criada, ainda que em caráter provisório. A solução definitiva depende de uma reforma tributária que reveja esta e todas as demais bases tributárias e financeiras do Governo, da Seguridade e, portanto, da Saúde. Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos oriundos do respectivo tesouro, o financiamento do SUS conta com recursos transferidos pela União aos Estados e pela União e Estados aos Municípios (Conselho Nacional de Saúde, 2014).

Para os municípios e estados que não aderiram à NOB/96 ficaram mantidas as responsabilidades assumidas até então, como previsto no item das disposições provisórias. Para que os municípios se habilitassem, a gestão plena da atenção básica dependeria da aprovação na CIB – Comissão Intergestores Bipartite dos estados habilitados às condições de gestão avançada e plena do sistema estadual, cabendo recursos ao CES – Conselho Estadual de Saúde. A CIT – Comissão Intergestores Tripartite decide sobre a gestão plena do sistema municipal e utiliza para isto o relatório formalizado em ato da SAS/MS<sup>28</sup>; no caso da gestão convencional a CIT utiliza o processo de avaliação elaborado e encaminhado pela CIB, e formalizada em ato do MS.

Vazquez (2011) ao estudar os efeitos das transferências condicionadas após a NOB/93 e NOB/96 verificou que o Ministério da Saúde fez uma série de transferências automáticas para os programas considerados prioritários. Cajueiro (2004) explicita que a NOB/93 ainda tinha deixado espaço para incertezas, principalmente com relação ao aporte financeiro, para que os municípios assumissem a gestão da política de saúde, esse temor é reduzido com a NOB/96 diante do grande número de adesões verificado:

Esta nova regulação também promoveu uma mudança na lógica dos repasses por meio das transferências fundo a fundo para o atendimento da atenção básica, tendo como referência um valor per capita previamente fixado, multiplicado pelo número de habitantes de cada município, compondo dessa forma o Piso Assistencial Básico (PAB) (VAZQUEZ, 2011, p.1206).

---

<sup>28</sup>Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/conheca-a-secretaria-sas>> Acesso em 8 dez. 2014.

Para melhor regular o destino dos recursos o governo alterou o Piso Assistencial Básico, para Piso da Atenção Básica (PAB), que tinha dois subtipos: o PAB fixo que pagava um valor *per capita* multiplicado pela população do município e o PAB variável que estava vinculado a adesão dos municípios a determinados programas como o Programa de Saúde da Família (PSF)<sup>29</sup>. Isto se tornou ferramenta para incentivar os municípios a aderirem aos programas do governo federal e priorizar a descentralização (VIANA e MACHADO, 2009). Como resultado, os governos subnacionais aumentaram os seus gastos em saúde e o Ministério da Saúde alcançou uma efetiva descentralização (VAZQUEZ, 2011).

A conjuntura no início do governo FHC era de “financiamento insuficiente e grande pressão por aumento de gastos sociais, sobretudo na área da saúde; falta de políticas nacionais de educação básica e intenso conflito no campo” (FAUSTO 2013, p.505). Adib Jatene, Ministro da Saúde (01.01.1995 à 07.11.1996) no governo FHC, fez o corpo à corpo no Congresso Nacional e conseguiu a aprovação da lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996 que instituiu a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira - CPMF - cuja verba se destinava à Saúde, o que contrariou a equipe econômica do governo. A descentralização da saúde foi se consolidando também durante este período.

Como resultado deste processo no ano 2000 os municípios atingiram uma produção ambulatorial de quase 90% e mais de 80% da rede ambulatorial, e, também de grande importância houve a queda do desvio padrão, o que significa que a descentralização da saúde contribuiu para reduzir as diferenças entre os municípios de uma maneira global (MARQUES e ARRETCHE, 2003).

Como demonstrado por Medici (2002) e Ferreira e Morais (2002) o gasto consolidado em Saúde passou de 9,6% em 1985, para 35% em 1996 e 43% em 2002. A Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, teve por objetivo garantir os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, para tanto alterou os artigos 34, 35, 156,

---

<sup>29</sup> “O Programa de Saúde da Família ou PSF no Brasil, conhecido hoje como Estratégia de Saúde da Família, por não se tratar mais apenas de um programa, teve início em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a Atenção Primária. A Estratégia de Saúde da Família visa à reversão do modelo assistencial vigente, em que predomina o atendimento ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. [...] No Brasil, a origem do PSF remonta à criação do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) em 1991 como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde” (REIS; ARAÚJO; CECÍLIO, s/d).

160, 167 e 198 da Constituição (BRASIL, 2000). Isso auxiliou a reduzir as diferenças do valor aplicado em saúde no período de 2000 a 2006:

Nota-se uma significativa queda na desigualdade horizontal em relação ao gasto per capita total aplicado por cada município no período analisado, explicada pela redução das diferenças em relação ao gasto próprio e também à distribuição mais equânime das transferências do SUS, especialmente em relação ao PAB fixo e variável (VASQUEZ, 2011).

A partir dos dados apresentados até então, podemos considerar que a efetivação do SUS e o aporte de recursos a partir da garantia de transferências do governo federal, possibilitaram a descentralização da saúde, principalmente por meio da municipalização, a qual por sua vez gerou também um aumento dos investimentos locais com recursos próprios<sup>30</sup>. Nesse processo os estados assumiram os procedimentos de média e alta complexidade, enquanto os municípios atuaram na atenção básica.

Em 2001 foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 (NOAS/SUS 01/01), instituída pela Portaria GM/MS n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Esta norma foi resultado de negociações e discussões entre os gestores e, serviu para dirimir dificuldades quanto às responsabilidades e organização do sistema por parte dos municípios (CONASS, 2007).

A NOA/SUS 01/02 instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal e incumbiu às secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal a elaboração da Política de Dinamização Regional - PDR. Esta norma operacional básica também definiu um Programa de Atenção Básica - PAB ampliado para cada município de acordo com os serviços assumidos, definindo um valor pelo procedimento e um aporte de recursos *per capita* para os serviços ambulatoriais de média complexidade.

A alocação de recursos federais utilizou a Programação Pactuada e Integrada (PPI) elaborada pelas respectivas Secretarias de Estado da Saúde, como norteador para a distribuição de recursos de acordo com a população local e a população referenciada de cada município e:

A partir de sua publicação os municípios puderam se habilitar em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde. Os estados puderam se habilitar em duas

---

<sup>30</sup> Para saber mais consultar a tese de doutorado de Daniel Arias Vasquez *A Regulação Federal Como Mecanismo de Ajuste: uma análise da lei fiscal e do financiamento das políticas de educação e saúde*. Disponível em <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000767700>> Acesso em 10 out. 2012.

condições: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena de Sistema Estadual (CONASS, 2007, p.114).

A NOA-SUS 01/02 enfatizou o processo de regionalização e hierarquização pela municipalização dos serviços, conforme seu Artigo 1º:

Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002).

De acordo com Reis, Araújo e Cecílio (s/d) as normas operacionais anteriores careciam de clareza no que diz respeito a sua organização e prestação de serviços. Assim a NOA-SUS 01/02 traz detalhadamente essas informações, de maneira que poderia dar mais segurança aos municípios que a aderissem.

No primeiro ano do mandato do Presidente Luís Inácio Lula da Silva em 2003, houve esforços para que a NOBRH/SUS fosse efetivada, o governo federal criou nesse ano a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), vinculada ao Ministério da Saúde. Dentre as propostas aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde em 2003 e pela 12ª CNS a educação permanente está incluída, levando em consideração as necessidades da população e a realidade regional e social (IPEA, 2005).

A III Conferência Nacional Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde<sup>31</sup> foi realizada em 2005, doze anos após a II CNRH/SUS e com o reforço da 9ª e 12ª CNS de Saúde que reiteravam a necessidade de uma NOB/RH-SUS e pediam a regulamentação do artigo 200 inciso III, da Constituição Federal. Assim:

O CNS, por meio da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH), realizou oficinas de recursos humanos por todo o País, gerando a oportunidade de se discutir a importância do trabalho e da valorização dos trabalhadores do SUS, bem como a necessidade da aplicação de mecanismos efetivos de gestão que pudessem ressignificar as práticas na gestão, nos serviços, na formação e no controle social de forma efetiva e operacional (IPEA, 2005).

---

<sup>31</sup> Entendeu-se que o trabalhador do SUS não deveria ser reconhecido como insumos, portanto alterou-se o termo Recursos Humanos para Gestão do Trabalho.

Em 2006 o Ministério da Saúde edita a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto pela Saúde, que reformou as relações entre os entes federados, inclusive no que diz respeito ao seu financiamento. Os gestores que aderiram a esta Portaria assinaram um termo de compromisso que incluíam o Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. As Prioridades e metas definidas no Pacto pela Vida deveriam ser desenvolvidas pelos entes federados. O Pacto em Defesa do SUS tinha por objetivo reforçar a ideia do SUS como política de Estado mais do que política de governos. O Pacto de Gestão procurou reduzir as competências concorrentes e para tanto deveria “definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação” (BRASIL, 2006). Já a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 estabeleceu o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica.

O Pacto pela Saúde foi instituído em 2006 e a adesão dos gestores foi feita pela assinatura de um Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que envolvia um conjunto de reformas institucionais a serem renovadas anualmente e estabelecia metas para cada ente federado, alterou as transferências de recursos divididos em: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde. Segundo Santos (2008) a municipalização da saúde, juntamente com a formação das comissões bi e tripartite, os conselhos de saúde e as políticas adotadas pelo SUS permitiram que o quadro de metade da população excluída antes da década de 1980 se revertesse e os números de atendimento aumentassem:

Em 2007, 2,7 bilhões de procedimentos ambulatoriais, 610 milhões de consultas, 10,8 milhões de internações, 212 milhões de atendimentos odontológicos, 403 milhões de exames laboratoriais, 2,1 milhões de partos, 13, 4 milhões de ultrassons, tomografias e ressonâncias, 55 milhões de fisioterapia, 23 milhões de ações da vigilância sanitária, 150 milhões de vacinas, 12 mil transplantes, 3,1 milhões de cirurgias, 215 mil cirurgias cardíacas, 9 milhões de sessões de radioquimioterapia, 9,7 milhões de sessões de hemodiálise e o controle mais avançado da aids no terceiro mundo (SANTOS, 2008, p.13).

Santos (2008) ainda destaca que o subfinanciamento e as insuficiências da gestão local do SUS são entraves para mais avanços e que o orçamento federal aprovado para 2008 foi de R\$ 48,5 bilhões, montante insuficiente diante do crescimento populacional, da inflação na Saúde e da necessidade de incorporação de novas tecnologias. A dedução dos gastos com saúde no

Imposto de Renda (IR) e outras ações que não ressarcem o SUS, também minam a sua potencialidade.

O estudo de municípios paulistas em relação à gestão local do SUS observou:

- A baixa resolutividade da rede básica de serviços, por influência inclusive do modelo biomédico<sup>32</sup> complexo industrial farmacêutico e da incorporação de altas tecnologias;
- Encaminhamentos desnecessários e excessivos, repetição de exames, poliprescrição medicamentosa e perda de motivação para o trabalho;
- Dificuldade de acesso aos serviços e pouca flexibilidade de atendimento;
- A formação dos profissionais de saúde dificulta o atendimento integral e resolutivo e influencia na dificuldade de trabalhar em equipe;
- Deficiência na gestão, aliada inclusive à ideia de consumo de serviços pelos usuários (CECÍLIO, 2007).

A má gestão, a formação inadequada dos profissionais de saúde para a realidade de trabalho do SUS e o subfinanciamento contribuem para a demora do atendimento e baixa resolutividade dos casos, a qual de acordo com Santos (2008), leva à judicialização da saúde e repressão da demanda e pode resultar na estratificação do atendimento de maneira que o SUS concentrou a atenção à saúde aos 80% mais pobres da população, enquanto os 20% restantes alocaram-se na saúde suplementar por meio da compra de planos de saúde privados.

Um sistema informatizado foi criado para monitorar cerca de quarenta indicadores do Pacto pela Vida o SISPACTO. O SUS é um processo ainda em construção no que diz respeito à municipalização da saúde, ao compromisso das três esferas do governo, ao envolvimento de mecanismos de controle social, como os conselhos municipais de saúde que resultaram em grandes avanços para a saúde pública brasileira. A proposta do SUS não foi estatizar<sup>33</sup> a saúde, mas ampliar o acesso e melhorar os índices, assim a rede complementar - planos de saúde privados, parcerias, convênios, compras de consulta e exames - ainda fazem parte do sistema. Apesar de ter reduzido as desigualdades regionais, é certo que quanto maior a complexidade dos

---

<sup>32</sup> O modelo biomédico foi definido a partir do Relatório Flexner publicado em 1910 a pedido da American Medical Association, patrocinada pela Fundação Carnegie de Educação. Este relatório foi resultado de uma vistoria em 155 universidades norte-americanas de medicina e destas 20% utilizava o modelo cartesiano-newtoniano: “As críticas e sugestões sublinhadas no relatório estavam de acordo, [...] com a ideologia das corporações capitalistas. Tinha como objetivo fixar diretrizes para o ensino de Medicina nos Estados Unidos e Canadá” (FONTES, 1997, p.49).

<sup>33</sup> Art. 4º § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

procedimentos maior a concentração nos grandes centros, o que pode também ser verificado na rede privada.

A presidente Dilma Rousseff sucedeu ao presidente LULA em 2011 e em relação ao SUS manteve o processo de descentralização e a Estratégia de Saúde da Família como protagonista dos incentivos federais.

A Emenda Constitucional nº 29/2000 teve seu Artigo 198 regulamentado pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, segundo a qual:

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

A criação da subvinculação orçamentária não constitui uma novidade. Na área da Educação a mesma existe desde a Constituição de 1934, sendo mantida nas Cartas Magnas dos períodos democráticos. Conforme a Constituição de 1988 à União cabe a aplicação mínima de 18%, aos estados, Distrito Federal e municípios o mínimo de 25% da receita resultante de impostos e de transferências na manutenção e desenvolvimento do ensino. A criação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (FUNDEF), criado pela Emenda Constitucional 14/96, criou - duas subvinculações - aplicação no ensino fundamental e mínimos para pagamento dos docentes (OLIVEIRA, 1999). Passada a vigência deste fundo, foi aprovada a criação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Básico e de Valorização dos profissionais da Educação (FUNDEB) pela Emenda

Constitucional nº53/2006, mantendo as subvinculações para o ensino básico e para pagamento do pessoal. Em relação à saúde há subvinculação orçamentária, mas sem referência ao pagamento de pessoal.

No capítulo a seguir trataremos da formação dos trabalhadores do SUS e da educação permanente. Esta considerada elemento fundamental para a efetivação dos serviços da saúde pública.

## **CAPÍTULO III – EDUCAÇÃO NA SAÚDE: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS)**

Conforme observamos nos capítulos anteriores o Brasil, no decorrer da sua história, passou politicamente por diversas fases de alternância entre centralizações e descentralizações de poder, culminado no século XXI em um modelo democrático federativo composto pelos entes: União, estados, Distrito Federal e municípios. As diretrizes de como o campo da área da saúde seria gerido no país também passou por períodos alternados de tutela de níveis diferentes de poder. No século XXI o modelo que impera é o de diretrizes nacionais organizadas pelo governo federal, a serem implantadas em regime de colaboração com estados e municípios denominado Sistema Único de Saúde – SUS. Dentre as prerrogativas do SUS está a preocupação com o nível e tipo de formação dos profissionais da área da saúde como, por exemplo, o foco de estudo desta pesquisa, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), a qual se desenvolve em parceria com diferentes instituições, por meio do ensino a distancia (EaD).

### **3.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) - FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE**

O Sistema Único de Saúde – SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988, a qual em seu Art. 198 explicita que os serviços e ações públicas serão geridos uma rede regional e hierarquizada, organizada num sistema único a partir da descentralização, atendimento integral preventivo e assistencial, contando com a participação da comunidade. As diretrizes sobre o SUS também tratam de questões de financiamento, fiscalização, avaliação e contratação de funcionários, delimitando o que é da alçada de cada nível de poder dentre os entes federados. Define também as regras que concernem aos serviços de saúde prestados pela iniciativa privada e no Artigo 200 estabelece as competências gerais básicas desse sistema de saúde estatal:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

A formação de recursos humanos para a saúde esteve em pauta na Constituição de 1988, nas leis 8.080/90 e 8.142/90 e nas Conferências Nacionais de Saúde com ênfase após a 9ª CNS. De acordo com Carvalho, Santos e Campos (2013) a primeira versão da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) foi elaborada em 1998 e a segunda foi publicada em 2000. Contudo, no início da sua implantação a demanda e a regulamentação de parte dos profissionais do SUS não estavam organizadas, como no caso dos cargos de auxiliar e técnico de saneamento, agentes da vigilância sanitária e de saúde (BRAVO, 2006).

No entanto, desde a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) pelo Ministério da Saúde em 2003, instituíram-se diretrizes nacionais para a área de recursos humanos, com estratégias indutoras de investimentos técnicos, políticos e financeiros. A criação desse órgão se baseou nos resultados de uma pesquisa sobre a capacidade gestora de Recursos Humanos para Saúde em Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde de grandes centros urbanos e a capilaridade das políticas setoriais de gestão do trabalho e da educação na saúde. A partir desse momento foram apontados limites, acúmulos e possibilidades para apoiar as esferas subnacionais no Brasil, além de modelos que pudessem ser apropriados por países vizinhos do continente e da comunidade de língua portuguesa (PIERANTONI; VARELLA; SANTOS; FRANÇA; GARCIA, 2008).

A formação dos profissionais nos cursos de saúde no país nesse período tendeu para o modelo centrado no atendimento individual, curativo, especializado e hospitalocêntrico e é esse mesmo trabalhador que vai ser admitido para trabalhar no SUS. Assim, para romper o modelo seria necessário interferir na formação universitária e técnica e na educação permanente do trabalhador do SUS.

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1988, a questão do trabalho e da formação tem sido realçada como fundamental, e é a que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da política de reforma do Estado no país [...] várias foram as iniciativas de regulamentar uma política de

formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, o que sempre foi determinado pelos momentos institucionais do país (SARRETA, 2009, p. 153).

Para tanto, o Conselho Nacional de Educação aprovou as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação, que influíram diretamente nos cursos da área da saúde, com o objetivo de substituir os Currículos Mínimos e reformular os cursos de formação superior de graduação, ao estabelecer estratégias para implantar processos de supervisão, avaliação, credenciamento e reconhecimentos de instituições e cursos. Houve mudança nas disciplinas obrigatórias, agora voltadas para habilidades e competências, o caráter informativo dos cursos passa a ser substituído pelo formativo, com a perspectiva da educação continuada. As Diretrizes passam a ter um caráter geral, com o intuito de que cada instituição possa elaborar seu próprio projeto pedagógico. Outro ponto de destaque do documento é a atenção ao Art. 43 da LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que determina o estudo das questões nacionais e regionais, no sentido de estimular a prestação de serviços especializados à população (BRASIL, 2008).

A aproximação com os princípios do SUS estão contemplados nas Diretrizes Curriculares dos cursos da área de saúde, quando se estabelece uma conexão, considerada necessária, entre a formação e o sistema de saúde pública. Estas Diretrizes reforçam o aprendizado como um processo permanente que o estudante deve levar para além da academia, na sua atividade profissional.

Contudo, é preciso considerar que a educação em saúde não escapa da tendência da educação, onde de uma maneira geral, existe uma preocupação com o mundo do trabalho, de tal forma que não é possível conceber um profissional público e um privado, mas sim, um profissional da saúde. As novas tecnologias permitiram ampliar vagas acadêmicas inclusive para o campo da saúde, que em muitos casos utilizou o Ensino a Distância (EaD) como ferramenta. As questões da qualidade e do preconceito a essa modalidade de ensino vieram à tona, mas os cursos EaD se consolidaram. No Brasil, a implantação do modelo neoliberal intensificado a partir dos anos 1990 coincide com a implantação do SUS, mas os princípios são opostos, já que o modelo neoliberal prioriza a um papel menor do estado e maior de empresas privadas e o SUS preconiza o atendimento público universal a saúde. Por outro lado, ambos proclamam a descentralização (ANDERSON, 1995). Dessa forma, a área da saúde fica submetida:

[...] à lógica orçamentária, a política social à política econômica, em especial às dotações orçamentárias e, no Brasil, subverte o preceito constitucional. [...] ao invés do direito constitucional impor e orientar a distribuição das verbas orçamentárias, o dever legal passa a ser submetido à disponibilidade de recursos (IAMAMOTO, 2006, p. 188).

A partir daqui trataremos dos programas de educação permanente do SUS, com ênfase no período após a criação da SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde responsável pela implantação do objeto específico dessa pesquisa a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Abordaremos também breve revisão bibliográfica sobre educação permanente tanto para a área da educação em si como na concepção do SUS.

### **3.2 AÇÕES E PROGRAMAS DO SUS EM EDUCAÇÃO PARA OS RECURSOS HUMANOS**

O SUS promoveu ações e programas em educação para os recursos humanos da saúde a partir de 1993 com diferentes públicos-alvo, níveis educacionais e modalidades. Destacaremos dezesseis ações e programas no período de 1993 a 2013 com suas referidas leis e descrições resumidas. Em seguida daremos mais ênfase no entendimento do Sistema UNA-SUS.

Quadro 1 - Ações e programas instituídos pelo governo federal brasileiro no âmbito da formação e educação continuada de trabalhadores da saúde, 1993 – 2013.

Ano	Ação	Definição
1993	GERUS	Desenvolvimento Gerencial de Unidades de Saúde do SUS – proposta gerencial de unidades básicas bem como outros estabelecimentos de saúde do SUS no sentido da institucionalização de mudanças na organização dos serviços contemplando as necessidades e realidades locais. O componente central da operacionalização seria a capacitação de gerentes das unidades de saúde para avaliação das condições sócio epidemiológicas e dos serviços, a reorganização dos serviços e a condução de seus processos produtivos com qualidade e produtividade (BRASIL, 1997). O GERUS desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS) através de Apoio de Cooperação Técnica com a Organização Pan-Americana de Saúde em 1993 (ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA-ENSP, 2010). Em 2001 foi criada a Rede Gestão do SUS, como a mesma sigla, com o objetivo de elaborar e aplicar metodologias educativas para o desenvolvimento gerencial de unidades básicas do SUS. (Organização Panamericana da Saúde-OPAS, 2010).
2000	PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – foi instituído em 1999 pela Portaria 1262/GM do Ministério da Saúde objetivando a profissionalização dos trabalhadores da saúde de nível médio tendo como meta a qualificação profissional de auxiliares e técnicos em enfermagem e a promoção de escolarização daqueles que não tinham ainda concluído o ensino fundamental (BRASIL, 2010a).
2000	RET-SUS	Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde – é uma rede governamental criada pelo Ministério da Saúde (MS), pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) no sentido de fortalecer a formação do pessoal de nível médio que atua na área da Saúde. Foi instituída pela portaria Nº 1298 de novembro de 2000 (atualizada pela portaria Nº 2970 de novembro de 2009). “A RET-SUS é composta pelas 36 Escolas Técnicas e Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS que existem em todos os estados do Brasil. São todas instituições públicas, voltadas para a formação dos trabalhadores de nível médio do sistema de saúde. Dessas, 33 são estaduais, duas são municipais e uma é federal” (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO-EPSJV, 2010a).
2001	PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde – criado pelo Decreto nº 3.745, de 5 de fevereiro de 2001, constitui-se uma modalidade de educação continuada em serviço, destinada a médicos e enfermeiros compreendendo atividades de atenção básica, desenvolvidas segundo o Programa de Saúde da Família tendo como base unidades básicas de saúde de municípios selecionados. A proposta compreende a realização de cursos de especialização em Saúde da Família obrigatórios e com duração de um ano (BRASIL, 2003).

2001	PROFORMAR	Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde – estratégia para promoção da formação profissional em Vigilância em Saúde em todo o país compreendendo ações de qualificação dos trabalhadores de nível médio que atuam nesta área. “O Programa foi responsável pela qualificação inicial de cerca de 32 mil profissionais em todo o país [...]. Atualmente, vincula-se ao desenvolvimento articulado de vários projetos de ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico, e de diferentes iniciativas do Ministério da Saúde no âmbito da Política de Educação Permanente para o SUS, especialmente àquelas que buscam ordenar a formação dos trabalhadores da área de vigilância através da discussão do perfil de competências e do estabelecimento de diretrizes curriculares” (EPSJV, 2010b).
2002	PROMED	Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nas Escolas Médicas foi lançado pelo Ministério da Saúde, em dezembro de 2001, em parceria com o Ministério da Educação e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Tem como objetivo principal incentivar mudanças curriculares nas escolas médicas além de sua produção de conhecimento e programas de educação permanente mais voltados à realidade social para fortalecimento do SUS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO-UNIFESP, 2010).
2004	VER-SUS	Vivências e Estágios na realidade do Sistema Único de Saúde – projeto que se destina a estudantes universitários brasileiros da área da saúde com o intuito de propiciar na formação desses profissionais um contato com a realidade dos serviços de saúde e da população preparando-os melhor para a prática neste setor e, por conseguinte melhorias atenção à saúde prestada no SUS (BRASIL, 2010b).
2005	PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - lançado por uma portaria interministerial (Ministério da Saúde e Ministério da Educação) que tem como objetivo geral incentivar transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde doença. Visa à aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica. (BRASIL, 2010c). Em 2005 foram selecionados 38 cursos de medicina, 27 de enfermagem e 25 de odontologia (BRASIL, 2005).
2006	REGESUS	Rede de Ensino para a Gestão Estratégica do SUS - é uma iniciativa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) com o objetivo de fortalecer e qualificar a gestão do SUS através de uma ação cooperativa de instituições acadêmicas objetivando o fortalecimento de processos formativos no âmbito da gestão estratégica em saúde. (BRASIL, 2010d).
2007	TELESAÚDE	Programa Nacional Telessaúde Brasil – instituído pela Portaria GM 35/2007 que foi revogada pela Portaria GM 402/2010. Visa a melhoria do atendimento no SUS através de uma integração ensino e serviço por meio de tecnologias da informação para promoção de Teleassistência e Teleducação. “O Programa Telessaúde Brasil busca criar núcleos de Telessaúde em todo o País, priorizando a região Nordeste e a Amazônia legal, conforme metas traçadas no Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil” (BRASIL, 2012a).

2008	UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - visa melhorar a formação dos profissionais do SUS, por meio de cursos à distância no sentido de qualificar até 2011, metade da mão-de-obra do SUS através de cursos de especialização em Saúde da Família para mais de 52 mil profissionais, e capacitação gerencial para outros 100 mil trabalhadores de saúde. O MS informa nesta proposta que a maioria (96%) dos 71 mil profissionais de nível superior envolvidos na Saúde da Família não têm especialização nesta área (BRASIL, 2010e).
2008	PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde – respaldado nos resultados alcançados pelo Profae, seu objetivo é a qualificação e ou habilitação de “745.435 trabalhadores em cursos de Educação Profissional para o setor saúde, já inseridos ou a serem inseridos no SUS, no período de oito anos”. Essa formação se dará principalmente através das Escolas Técnicas do SUS, Escolas de Saúde Pública e Centros Formadores vinculados à gestão estadual e municipal de saúde contando com uma articulação de vários segmentos tanto públicos quanto privados (BRASIL, 2010f).
2009	PRÓ-RESIDÊNCIAS	Programa de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas – trata-se de uma nova modalidade de financiamento de Residências Médicas, Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde implantada pela SGTES e o MS visando o aprimoramento da formação de especialistas no país. As bolsas tem duração de um a cinco anos. “O número de residentes/ano contemplados com bolsas de programas de residência médica e de programas de residências multiprofissionais e em área profissional da Saúde totaliza cerca de 1.300 bolsistas. A cada início de ano letivo, é acrescido o mesmo número de novas bolsas, além de ser mantido o pagamento das iniciais, considerando-se a duração de cada programa” (BRASIL, 2012b).
2009	PRÓ-SAÚDE II	O MINISTÉRIO DA SAÚDE, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, no uso de suas atribuições, convida à apresentação de propostas com vistas à seleção de projetos de Instituições de Educação Superior em conjunto com Secretarias Municipais de Saúde para participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde, de acordo com o estabelecido na Portaria Interministerial no - 1.802, de 26 de agosto de 2008 e Portaria Interministerial no - 917, de 6 de maio de 2009, assinadas pelos Ministros de Estado da Saúde e da Educação, e Portaria no - 3, de 7 de maio de 2009. (...)6.4. Critérios preferenciais de seleção: 6.4.1. Projetos que apresentem estratégias de articulação com o PRÓ-SAÚDE, por meio de suas Comissões Gestoras Locais, nos municípios onde este Programa se encontra em implementação; 6.4.2. Projetos que apresentem estratégias de articulação com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e as novas diretrizes para sua implementação dispostas na Portaria GM/MS no - 1996/2007, por meio das CIES, nos locais onde estas se encontram constituídas; <a href="http://www.prosaude.org/legislacao/pet-saude-editalSet2009/edital-18-selecao2010-2011-de16set2009.pdf">http://www.prosaude.org/legislacao/pet-saude-editalSet2009/edital-18-selecao2010-2011-de16set2009.pdf</a>

2010	PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. É uma das estratégias do PRÓ-SAÚDE, e tem como pressuposto a integração ensino-serviço-comunidade contando com bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. “Cada grupo PET-Saúde/Saúde da Família é formado por 1 (um) tutor acadêmico, 30 estudantes - sendo 12 estudantes monitores, que efetivamente recebem bolsas - e 6 (seis) preceptores. Em 2011 foram selecionados 484 grupos PETSaúde/Saúde da Família, o que representa, considerando a formação completa desses grupos, 9.196 bolsas/mês, além da participação de 8.712 estudantes não bolsistas, totalizando 17.908 participantes/mês” (BRASIL, 2012c).
2011	PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – foi instituído pela Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Tem o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde que atue em equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família contemplando médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. O Programa conta com a supervisão presencial e à distância desenvolvida por tutores de instituição de ensino superior, hospitais de ensino ou outros serviços de saúde com experiência em ensino, selecionados por meio de edital(ais) específico(s). Também aos participantes está previsto prazo de 2 (dois) anos o oferecimento de curso de especialização em Saúde da Família, sob responsabilidade das universidades públicas participantes do Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Estão em vigor o PROVAB 2012 e 2013 (BRASIL, 2013a).
2013	MAIS MÉDICOS	Programa instituído pela Medida Provisória Nº 621, de 8 de julho de 2013 com a “finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2013b). Tem entre os objetivos a expansão na oferta de médicos no SUS principalmente em regiões de maior carência. O programa também prevê intervenções na formação em medicina como o aumento do número de cursos e alterações curriculares a entrarem em vigor a partir do ano 2015.

Fonte: Quadro elaborado por SCHOTT (2013). Disponível em <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000919655&idsf=>> Acesso em 19 mar. 2014.

Conforme podemos observar no Quadro 1 o Ministério da Saúde atuou em várias frentes, inicialmente procurou preparar os gestores diante de um sistema de saúde que ainda se estruturava, com a preocupação de uniformizar as ações. Posteriormente as ações se voltaram para modificar o ensino da graduação, com o intuito de aproximar os formandos aos pacientes do SUS do município, tanto em relação ao conteúdo, como ao contato direto. E por último era preciso atuar diante dos trabalhadores que já estavam inseridos na estrutura de trabalho, ao oferecer oportunidades para a atualização de conhecimentos e posturas dos profissionais já ativos no SUS. No caso dos gestores os programas e ações foram: o GERUS em 1993 e o REGESUS

em 2006; a UNA-SUS, criada em 2008, apresenta cursos específicos para gestores, embora não seja este seu objetivo principal. Em 2000 o PROFAE foi instituído para os trabalhadores da enfermagem do SUS e no mesmo ano instituiu-se a RET-SUS para o pessoal de nível médio. Em 2001 destinou-se o PITS a médicos e enfermeiros e o PROFORMAR para Agentes Locais de Vigilância em Saúde.

Em 2002 o PROMED se volta para a academia de medicina, propondo alterações curriculares nos cursos e o VER-SUS de 2004 procura aproximar os estudantes universitários ao SUS; em 2005 o governo federal vai além, com uma proposta mais estruturada de mudanças na academia com o PRÓ-SAÚDE. No ano de 2007 o TELESAÚDE procura integrar ensino e saúde com a formação de núcleos em todo o país. E em 2008 o governo federal cria a UNA-SUS, que será objeto específico do nosso estudo, com o intuito de promover cursos de especialização em Saúde da Família para os trabalhadores do SUS. No mesmo ano o PROFAPS atendeu o pessoal de nível médio.

O PRÓ-RESIDÊNCIAS de 2009 financiou Residências Médicas, Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde implantada pela SGTES e o MS, induzindo assim a formação de profissionais nas áreas necessárias ao SUS. O PET-SAÚDE de 2010 está inserido no PRO-SAÚDE, mas é voltado ao financiamento de tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde. O PROVAB em 2011 contemplou no âmbito da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas e tinha por objetivo a valorização destes profissionais.

O Programa MAIS MÉDICOS de 2013 tinha por objetivo a formação de recursos humanos na área médica para o SUS, previa intervenções na formação em medicina a partir do ano de 2015. De acordo com o Ministério da Saúde (2015) o Programa Mais Médicos foi estruturado em três eixos: provimento emergencial, educação e infraestrutura. O primeiro eixo foi causador de grande polêmica, debates e tensões, pois os médicos brasileiros e suas respectivas entidades de representação contestavam a necessidade e a legalidade da contratação de médicos estrangeiros, principalmente de origem cubana. O eixo educação se propõe a reestruturar a educação médica no país, inclusive com o intuito de solucionar a carência de profissionais médicos de forma definitiva:

Assim, integram o Programa um plano de expansão da graduação e da residência médica e importantes mudanças no modo de formar médicos e também especialistas. A meta do Governo Federal é criar 11,5 mil novas vagas de graduação e 12,4 mil vagas de residência até 2017. Destas, já

foram autorizadas mais de 5 mil vagas de graduação e quase 5 mil de residência. (BRASIL, MAIS MÉDICOS, 2015).

E o terceiro eixo trata da infraestrutura e o volume de investimento é da ordem de “R\$ 5 bilhões para o financiamento de 26 mil obras em quase 5 mil municípios, das quais aproximadamente 10,5 mil já estão prontas e outras 10 mil encontram-se em fase de execução” (MAIS MÉDICOS, 2015). O Pró-Saúde I e II somados tem 354 cursos selecionados sendo 57 de medicina, 45 de odontologia e 70 de enfermagem.

Parte das ações elencadas no Quadro I ativas em 2016 eram: GERUS, RET-SUS, PROFORMAR, VER-SUS, REGESUS, TELESSAÚDE, UNA-SUS, PROFAPS, PRÓ-RESIDÊNCIAS, PET-SAÚDE, PROVAB e MAIS MÉDICOS. Das ações restantes, o PROFAE foi substituído pelo PROFAPS, o PITS encerrou em 2004, o PROMED não foi possível identificar se permanece ativo, o PRÓ-SAÚDE foi substituído pelo PRÓ-SAÚDE II cujo último edital foi de 2012.

### **3.3 O SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS)**

Em 2008 o então Ministro da Saúde José Gomes Temporão em reunião com os reitores das universidades públicas do Brasil propôs o Sistema Universidade Aberta do SUS, que consistiria numa parceria entre estas universidades, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação por meio de convênios. Essa proposta foi resultado de uma ação conjunta entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES e a OPAS-OMS – Organização Panamericana de Saúde – Organização Mundial de Saúde. A SGTES assumiu a responsabilidade em apoiar os projetos de Especialização em Saúde da Família, que deveriam oferecer pelo menos mil vagas na modalidade EaD (Brasil, 2014).

O Art. 1º do Decreto 7.385 de 8 de dezembro de 2010, que instituiu o Sistema UNA-SUS define os trabalhadores do SUS como público alvo, a modalidade de ensino a Educação a Distância (EaD) como meio e a finalidade a capacitação e educação permanente. O Sistema UNA-SUS foi regulamentado pela Portaria Interministerial nº 10, de 11 de julho de 2013 e, diferente das outras universidades brasileiras ficou instituído no âmbito do Ministério da Saúde e não do Ministério da Educação. Essa mesma portaria define a sua composição no Art. 5º, nos seguintes incisos:

- I - Rede UNA-SUS: rede de instituições públicas de educação superior credenciadas pelo Ministério da Educação (MEC) para a oferta de educação a distância, nos termos da legislação vigente, e conveniadas com o Ministério da Saúde (MS) para atuação articulada, visando aos objetivos desta Portaria;
- II - Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (Acervo UNA-SUS): acervo público de materiais, tecnologias e experiências educacionais, construído de forma colaborativa, de acesso livre pela rede mundial de computadores; e
- III - Plataforma Arouca: base de dados nacional, integrada ao sistema nacional de informação do SUS, contendo o registro histórico dos trabalhadores do SUS, seus certificados educacionais e experiência profissional (BRASIL, 2013).

Em seu Art. 3º dispõe sobre a coordenação da UNA-SUS ao explicitar que a mesma será do Ministério da Saúde, em conjunto com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. De acordo com Litto (2014), presidente da Associação Brasileira de Educação a Distância (ABED), as instituições que aderiram ao Programa desde 2008 tiveram que lidar com profissionais de diferentes formações, participação de estrangeiros e dificuldades de acesso às tecnologias.

De acordo com Oliveira (2014) o Sistema UNA-SUS desde sua concepção manteve a ideia de educação em saúde de forma descentralizada e sua operacionalização como um quebra-cabeça sem uma imagem final definida, onde as peças estão sendo desenvolvidas e encaixadas. A adesão ao sistema foi resultado da negociação entre a SGTES e as universidades interessadas, a partir de convênios com os municípios e estados e termos de cooperação assinados com a Fundação Oswaldo Cruz.

O Sistema UNA-SUS cresceu exponencialmente entre os anos de 2008 a 2016 no que diz respeito ao número de ofertas de vagas e temas de cursos; ofereceu os cursos de especialização em Saúde da Família como demandava a proposta inicial de 2008, assim como os cursos de gestão. O que parece demonstrar que é um meio viável para a atualização de conhecimentos dos profissionais do SUS. A seguir descreveremos cada elemento que compõe o Sistema UNA-SUS: a Rede UNA-SUS, o Acervo de Recursos Educacionais (ARES) e a Plataforma Arouca.

### **3.4 A REDE UNA-SUS**

O convênio se deu inicialmente em 2008 com cinco instituições: Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ, Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Universidade Federal do Ceará - UFC e Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC; totalizando 5200 vagas para curso em Estratégia em Saúde da Família (ESF). O projeto piloto foi considerado por muitos especialistas exitoso, levando-se em conta o custo/aluno e o custo/efetividade. Na segunda fase, em 2009, doze instituições propuseram parceria junto à SGTES para tanto a exigência mínima era produzir materiais instrucionais para a Saúde da Família (SF) na modalidade EaD, desenvolver atividades de pesquisa e cooperação técnica, oferecer cursos de especialização em SF com pelo menos 1000 vagas e capacitar tutores para formação em SF (OLIVEIRA, 2015).

Das doze propostas em 2009, nove entidades se habilitaram para iniciar as parcerias, foram elas: Universidade de Brasília - UnB, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA, Universidade Federal de Pelotas - UFPel, Universidade Federal do Maranhão - UFMA, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais - SES-MG, Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Fundação Estatal Saúde da Família do Estado da Bahia - FESF-BA, Fiocruz Pantanal junto à Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - UFMS e Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. As universidades totalizaram 17.200 vagas de especialização em Saúde da Família. A dificuldade legal de contrapartida financeira para repasse de verbas para as universidades estaduais fez encerrar a parceria com a UNICAMP, mas a UERJ permaneceu. Posteriormente em 2013 a UNA-SUS ampliou ainda mais a sua parceria, alcançando 35 instituições parceiras<sup>34</sup> (OLIVEIRA, 2015).

Os profissionais inscritos no Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB deveriam realizar um curso de especialização em Atenção Básica pela Rede UNA-

---

<sup>34</sup> Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR); Fundação Universidade Federal de Sergipe (UFSE); Fundação Universidade Federal do Tocantins (UFT); Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Santa Catarina (IFSC); Universidade de Brasília (UnB); Universidade do Estado do Amazonas (UEA); Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Universidade Estadual de Londrina (UEL); Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC); Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Universidade Federal de Alagoas (UFAL); Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA); Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF); Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT); Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP); Universidade Federal de Pelotas (UFPel); Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ); Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Universidade Federal do Amazonas (UFAM); Universidade Federal do Ceará (UFC); Universidade Federal do Espírito Santo (UFES); Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio); Universidade Federal do Maranhão (UFMA); Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS); Universidade Federal do Pará (UFPA); Universidade Federal do Paraná (UFPR); Universidade Federal do Piauí (UFPI); Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF).

SUS. O Programa Mais Médicos orientava a integração ensino/serviço conforme Art. 2º da Portaria Interministerial nº 1.369/2013. O instrumento, assinado pelos ministros da Educação e o da Saúde, registra no seu Art. 3º os objetivos específicos:

- I - aprimorar a formação médica no Brasil, assegurando maior experiência no campo de prática durante o processo de formação;
- II - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, aperfeiçoando o seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- III - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições públicas de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desenvolvidas pelos médicos;
- IV - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras; e
- V - aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde do Brasil e na organização e funcionamento do SUS (BRASIL, 2013).

Os objetivos demonstram a preocupação governamental em inserir os graduandos em medicina na realidade SUS, bem como promover a atualização de conhecimentos dos profissionais que já atuam no mesmo. O Art. 8º da Portaria citada acima determina que cabe à coordenação do projeto:

- IX - definir, em conjunto com o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e as instituições públicas de educação superior brasileiras, o módulo de acolhimento e avaliação que será oferecido aos médicos intercambistas no âmbito do Projeto;
- X - definir, em conjunto com o UNA-SUS e as instituições públicas de educação superior brasileiras, o curso de especialização em atenção básica à saúde e demais atividades de pesquisa, ensino e extensão que serão oferecidos no âmbito do Projeto e a respectiva metodologia de acompanhamento e avaliação (BRASIL, 2013).

As instituições de nível superior puderam aderir ao Programa seguindo as exigências dispostas no edital n. 57, de 23 de outubro de 2013, do Diário Oficial da União (D.O.U.). Assim, 22 instituições se inscreveram<sup>35</sup>, sendo que havia entre elas um consórcio formado entre a

---

<sup>35</sup> As instituições habilitadas foram: Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Universidade Federal do Pará (UFPA), Universidade Federal de Rondônia (UFRO), Universidade Federal do Tocantins (UFT), Universidade Federal do Amazonas (UEA), Universidade do Estado do Amazonas, Consórcio Fiocruz-UEA-UFAM (Fiocruz/UEA/UFAM), Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Universidade Federal da Paraíba (UFPB), Universidade Federal de Sergipe (UFS), Universidade Federal do Piauí (UFPI), Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT), Universidade Estadual de Londrina (UEL),

Fiocruz-Amazonas, Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Até este edital os estados do Acre, Amapá e Roraima não habilitaram nenhuma instituição para a UNA-SUS. Após a habilitação foi preciso celebrar um convênio com o Ministério da Saúde. Com estas últimas adesões a UNA-SUS até o ano de 2013 totaliza 35 instituições distribuídas em todas as regiões do Brasil.

### 3.5 ACERVO DE RECURSOS EDUCACIONAIS EM SAÚDE – ARES

O ARES compreende, conforme descrição no site da UNA-SUS<sup>36</sup>, um repositório digital com acervo público mantido pelas instituições conveniadas à Rede UNA-SUS, que visa possibilitar assim o registro e compartilhamento das diferentes ações, cursos e experiências. A busca por cursos fica distribuída em vários filtros: nível educacional, público-alvo<sup>37</sup>, instituições, palavras chaves, autor, título e temática. Contudo, ao fazermos diferentes buscas observamos que há incongruências em relação às informações que estão no mesmo *site* pertencente a UNA-SUS.

Na pesquisa por cursos disponíveis constatamos que apesar de o acervo ser aberto ao público da internet, não é possível acessar e se habilitar para todos os cursos, há, por exemplo, cursos exclusivos para enfermeiros e médicos, que exigem um cadastramento prévio. Quanto às publicações disponíveis é possível ter livre acesso. E na busca por trabalhos elaborados nos cursos foram encontrados 2436 trabalhos na educação superior e 144 na educação básica.

Com o intuito de destacar as incongruências de informação entre o ARES e a UNA-SUS, optamos por expor os dois quadros a seguir. O Quadro 2, elaborado com informações disponíveis no ARES, ilustra um exemplo da distribuição dos cursos, a partir do PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, que tem alguns de seus cursos ministrados pela UNA-SUS e demonstra a instituição ofertante de cursos e as Unidades da Federação beneficiadas com os mesmos. Das 27 entidades federativas, 25 foram contempladas, apenas Paraíba e Pernambuco foram as exceções.

---

Universidade Federal de São João Del Rei (UFSS) Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC), Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), Universidade Federal do Paraná (UFPR).

<sup>36</sup> Disponível em <[www.unasus.gov.br](http://www.unasus.gov.br)> Acesso em 20 abr. 2016.

<sup>37</sup> O público-alvo é definido segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), criada e mantida pelo Ministério do trabalho, distribuída na UNA-SUS em 115 ocupações.



Quadro 2- Instituições Ofertantes e Área de Cobertura dos Cursos de Especialização do PROVAB no ano de 2015.

<b>Instituição Ofertante do Curso de Especialização</b>	<b>Cobertura por Unidades da Federação</b>
1 - Universidade Federal do Ceará (UFC)	CE
2 - Universidade Federal do Maranhão (UFMA)	MA, TO, BA, PI, RN
3 - Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	MG, AL
4 - Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - UFMS (FIOCRUZ/Pantanal)	MS, MT, RO, GO, DF
6 - Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	ES, RJ
7 - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).	SE, PA, AM, AC, AP, RR, RS
8 - Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	SC, PR
9 - Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)	SP

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir de dados disponíveis em <<http://www.unasus.gov.br/>> Acesso em 5 jan. 2016.

Dessa forma, podemos conferir que a distribuição de cursos por instituição abarca a região territorial em que a mesma está inserida. Assim como é enfatizado que não é possível uma pessoa de um estado ou região se matricular em um curso desenvolvido especificamente para epidemiologias ou particularidades de outros estados ou regiões. Essas informações presentes no Acervo de Recursos Educacionais em Saúde – ARES nos causaram estranhamento, posto que no mesmo *site* na parte que define o que é a UNA-SUS está exposto que os cursos são abertos para os profissionais de saúde de qualquer Unidade da Federação.

Enquanto que o Quadro 3 a seguir conforme podemos observar as universidades que mais incluem cursos são a UFMA (729), seguida por UFSC (673), UERJ (259), UFCSPA (250), UFC (129) e o Núcleo Telessaúde Estadual do Rio Grande do Sul (100). Em março de 2016 o ARES disponibilizou 614 textos relativos ao nível educacional, sendo 519 voltados para a Educação Superior e 2 para a Educação Básica, os demais textos não tem classificação no filtro de pesquisa do site. E no que concerne às temáticas havia 282 para Atenção Primária e Saúde da Família; 77 para Promoção em Saúde; 76 para Educação em Saúde; 60 para Políticas de Saúde e Planejamento; e 53 para Medicamentos e Vacinas.

Quadro 3- Distribuição dos Cursos no ARES por Instituição, 2008-2016.

<b>Instituições</b>	<b>Quantidade de Cursos</b>
Núcleo Telessaúde Estadual de Minas Gerais FM/UFMG	1
Escola Nacional de Saúde Pública	3
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UniRio)	4
Núcleo Telessaúde Estadual do Mato Grosso do Sul	7
Núcleo Telessaúde Estadual do Maranhão	8
Núcleo Telessaúde Estadual de Goiás	9
Universidade Federal de Goiás (UFG)	9
Núcleo Telessaúde Estadual do Rio de Janeiro	10
Universidade de Brasília (UnB)	18
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)	23
Núcleo Telessaúde Estadual de Santa Catarina	28
Fundação Oswaldo Cruz - Unidade Cerrado Pantanal	30
Secretaria Executiva da UNA-SUS	31
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS)	31
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)	38
Secretaria Executiva da Universidade Aberta do SUS	40
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)	51
Universidade Federal de Pelotas (UFPel)	79
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)	91
Núcleo Telessaúde Estadual do Rio Grande do Sul	100
Universidade Federal do Ceará (UFC)	129
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)	250
Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)	259
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	673
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)	729

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir de dados disponíveis em <<http://www.unasus.gov.br/>>  
Acesso em 5 jan. 2016.

Outra questão que nos chamou a atenção é que algumas das instituições presentes nesse quadro não estão na lista de instituições disponíveis na página principal da UNA-SUS. Então devido a esse conflito de informações optamos por trabalhar adiante nas análises com as informações e dados disponíveis nas páginas do site denominadas O que é a UNA-SUS?<sup>38</sup> e UNA-SUS em números<sup>39</sup>.

### 3.6 PLATAFORMA AROUCA

A Plataforma Arouca consiste em um banco de dados com o cadastro do histórico educacional daqueles que atuam na área de saúde do Brasil tanto do setor público, como do privado. Os dados que compõem essa plataforma vêm do Ministério da Saúde - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) / Agência Nacional de Saúde (ANS); Ministério da Educação - Comissão Nacional de Médicos Residentes (CNRM); Universidades; escolas de saúde e outras instituições de ensino. Esses dados são utilizados também pela UNA-SUS, para conferir condicionantes de matrícula, quando um curso *online* é voltado para um público específico.

Os gestores das três esferas educacionais – União, estados e municípios - podem verificar a disponibilidade dos cursos e sua utilização por parte do seu público e a partir disso atuar conjuntamente na reorganização e planejamento de novos cursos junto ao Ministério da Saúde. No que diz respeito à instituição de ensino, para aderir à Plataforma esta deve solicitar o cadastramento ao suporte técnico da UNA-SUS. Os cursos também podem ser visualizados, de maneira que os profissionais possam conferir as ofertas e a localidade das instituições que os oferece. Já o usuário faz um cadastro no *site* e pode se inscrever nos cursos disponíveis.

A Plataforma Arouca permite localizar os cursos disponíveis com facilidade e atualiza automaticamente o currículo dos alunos inscritos nos cursos, dando assim certificação ao conteúdo nela depositado. Uma desvantagem que observamos é no caso de alteração cadastral para incluir outras atividades não realizadas no sistema UNA-SUS, o acesso é indeferido por divergência de informações.

---

<sup>38</sup> Disponível em <<http://www.unasus.gov.br/page/una-sus/o-que-e-una-sus>> Acesso em 20 mai. 2016.

<sup>39</sup> Disponível em <<http://www.unasus.gov.br/page/una-sus-em-numeros/una-sus-em-numeros>> Acesso em 20 mai. 2016.

### **3.7 ANÁLISE DOS CURSOS DISPONÍVEIS NA UNA-SUS, FRENTE À OCORRÊNCIA DE TUBERCULOSE, ZIKA E ENVELHECIMENTO POPULACIONAL**

A caracterização histórica das políticas nacionais e da área da saúde brasileira nos permitiu entender o caminho que o país percorreu até o século XXI, onde se encontra alicerçado em um regime federativo e democrático, com um Sistema Único de Saúde – SUS gerido de forma tripartite entre os entes federados e demonstramos como esse sistema de saúde necessitava dar atenção à formação dos profissionais da área, tendo como uma de suas ações nesse sentido a criação da Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS.

Dessa forma, todos os conceitos e dados expostos até o presente momento nos servirão de base para desenvolvermos a parte final dessa pesquisa que é analisar se as temáticas dos cursos oferecidos e desenvolvidos pelo Sistema UNA–SUS no período delimitado, vão ao encontro das necessidades da área da saúde diagnosticadas com as ocorrências epidemiológicas das doenças de notificação compulsória, em específico a Tuberculose e Zika, e o envelhecimento populacional.

Assim, num primeiro momento serão expostos os cursos oferecidos pela UNA–SUS, no sentido de apresentar um panorama, das instituições que participam em cada unidade da federação, as modalidades dos cursos, o período de ofertas de vagas e o número de matrículas. Em seguida as doenças – Tuberculose e Zika – e o envelhecimento populacional serão descritos, suas ocorrências nas unidades da federação identificadas e apresentados os cursos da UNA–SUS que os abordam. E por fim, analisou se há congruência entre a frequência dessas duas doenças e do envelhecimento populacional, com a busca pelos cursos no conjunto de estados brasileiros.

#### **3.7.1 Oferta de Cursos da UNA–SUS**

A oferta de cursos no *site*<sup>40</sup> da UNA-SUS se dá de diferentes formas; em “Ofertas Educacionais” a busca se dá pela temática dos cursos; no item “Beneficiados por Municípios de Atuação” demonstra quais são os municípios contemplados por cursos em toda a federação; no item seguinte “Região de Saúde de Atuação” demonstra a abrangência dos cursos por região do país; por último, os “Beneficiados por Unidades da Federação de Atuação”, este disponível no Quadro 4 a seguir.

---

<sup>40</sup> Disponível em <<http://www.unasus.gov.br/page/una-sus-em-numeros/una-sus-em-numeros>> Acesso em 10 jul. 2016.

Como o cerne dessa pesquisa envolve confrontar dados epidemiológicos brasileiros e oferta de cursos da UNA-SUS, optamos por trabalhar com as unidades da federação, por serem os dados que temos acesso e que entendemos serem adequados para representar as principais características nacionais em relação a pontos em comum ou disparidades. Dessa forma, julgamos importante inserir o quadro a seguir no texto, embora longo, pois representa os cursos oferecidos por unidade da federação, a partir da instituição ofertante, modalidade, nome do curso, período em que foi ofertado e número de matrículas.

No que diz respeito às instituições que oferecem os cursos, podemos observar que com exceção da Universidade do Estado do Rio de Janeiro todas são em nível federal. As modalidades dos cursos abarcam: qualificação profissional, especialização, aperfeiçoamento, atualização e mestrado profissional. As temáticas são variadas, incluindo a saúde de grupos específicos da população, doenças de notificação compulsória, saúde da família, violência, atenção domiciliar, epidemiologia, geoprocessamento, odontologia, vacinação, atenção básica, formação de tutores de EaD, saúde sexual e mental, dependência química, intoxicação, desastres e qualidade da água. O início de oferta de matrícula concerne o período de 1 de março de 2008 a 4 de fevereiro de 2016. E no total somam-se 337.097 matrículas.

Quadro 4 – Distribuição dos Profissionais Matriculados em Cursos do Sistema UNA-SUS por Unidade da Federação de Atuação, 2008-2016

Instituição Ofertante	Modalidade	Curso	Início/ Fim da Oferta	Matrículas
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (pertence ao Ministério da Saúde)	Qualificação Profissional	Saúde da População Negra	22 out. 2014/ 9 ago. 2015	6.717
			3 ago. 2015/ 20 dez. 2015	6.539
Secretaria de Vigilância Em Saúde (pertence ao Ministério da Saúde)	Qualificação Profissional	Ações Para Controle da Tuberculose na Atenção Básica	18 jan. 2012/ 12 jun. 2016	15.380
		Atualização do Manejo Clínico da Dengue	8 mai. 2012/ 2 ago. 2015	14.604
			13 jul. 2015/ 20 dez. 2015	1.154
			1 dez. 2015/ 12 jun. 2016	5.193
		Atualização do Manejo Clínico Da Influenza	21 mai.2013/ 2 ago. 2015	3.791
		Hanseníase na Atenção Básica	28 out. 2014/ 19 jul. 2015	6.626
			6 jul. 2015/ 20 dez. 2015	10.806
Manejo da Coinfecção Tuberculose-Hiv (Tb-Hiv)	18 nov. 2015/ 12 jun. 2016	3.556		
Unirio	Especialização	Curso de Pós-Graduação em Estratégia de Saúde da Família	26 ago. 2011/ 21 dez. 2012	302
			29 mar. 2014/ 13 dez. 2014	122
Universidade de Brasília	Especialização	Especialização em Saúde Da Família - Provab 2012	6 set. 2012/ 30 jun. 2013	105
		Especialização em Saúde Da Família - Provab 2013	15 mai. 2013/ 14 fev. 2014	249
		Especialização em Saúde da Família - Turma A	14 nov. 2011/ 2 fev. 2013	238
		Especialização em Saúde da Família - Turma B	16 abr. 2012/ 22 jun. 2013	801
Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Especialização	Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa	5 nov. 2013/ 2 fev. 2015	500
		Curso de Especialização em Saúde da Família	23mai.2011/ 8 out. 2012	268
			18mar.2013/ 28 mar.2014	243
			26 out. 2013/ 31 ago 2015	281
			14 br.2014/ 17 abr. 015	514
			5 ma. 2014/ 30 nov. 2015	137
			4 ago. 2014/ 30 nov. 2015	256
			27out.2014/ 30 out.2015	204

Universidade do Estado do Rio de Janeiro	Especialização	Curso de Especialização em Saúde da Família	27abr.2015/ 29 jan. 2016	20	
			25mai.2015/ 3 jun.2016	51	
			31ago.2015/ 23 dez. 2016	76	
	Qualificação Profissional	Abordagem da Violência na Atenção Domiciliar	30 set. 2013/ 10 nov. 2015	2.827	
			Judicialização da Saúde em Atenção Domiciliar	2 ago. 2013/ 10 nov. 2015	4.179
			Política Nacional de Saúde Integral Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	11 mai. 2015/ 19 out. 2015	12.644
				15 set. 2015/ 17 fev. 2016	6.370
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	Qualificação Profissional	Cuidadores e a Atenção Básica	30 set. 2013/ 31 dez. 2013	1.073	
			29 set. 2014/ 10 jan. 2015	392	
		Gestão do Cuidado na Atenção Domiciliar	15 jan. 2015/ 21 mar. 2015	578	
		Abordagem Familiar na Atenção Básica	29 set. 2014/ 10 jan. 2015	261	
		Hemograma, Anemia e linfadenopatia	1 nov. 2014/ 1 fev. 2015	196	
		Prevenção e Manejo de Pacientes Oncológicos na Atenção Primária à Saúde	1 nov. 2014/ 1 fev. 2015	763	
		Curso de Geoprocessamento em Saúde	5 mar. 2012/ 29 jun. 2012	50	
			14 mar. 2012/ 29 jun. 2012	48	
			16 mar. 2012/ 29 jun. 2012	43	
			19 mar. 2012/ 29 jun. 2012	53	
	31 jul. 2012/ 23 nov. 2012		45		
	8 ago. 2012/ 23 nov. 2012		30		
	13 ago. 2012/ 23 nov. 2012		48		
	15 ago. 2012/ 23 nov. 2012		46		
	Especialização	Saúde da Família - Mais Médicos	25 out. 2013/ 30 set. 2015	236	
			31 mar. 2014/ 29 fev. 2016	603	
			1 ago. 2014/ 1 nov. 2015	201	
			27abr.2015/ 1 jul. 2016	91	
			18 mar. 2011/ 29 set. 2012	217	

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	Especialização	Saúde da Família - Mais Médicos	3 jun. 2011/ 15 dez. 2012	185
			19 ago. 2011/ 16 mar. 2013	130
			13 abr. 2012/ 26 out. 2013	198
			2 jul. 2012/ 29 jun. 2013	134
			1 abr. 2013/ 28 fev. 2014	427
			1 abr. 2014/ 30 set. 2015	295
			27 abr. 2015/ 02 mai. 2016	343
			05 out. 2011/ 28 out. 2012	61
		Especialização em Epidemiologia	19 out. 2011/ 5 out. 2012	56
			26 out. 2011/ 19 out. 2012	56
Universidade Federal da Bahia	Especialização	Curso de Especialização em Saúde Coletiva com Concentração em Gestão da Atenção Básica - Ênfase em Saúde da Família (Provab)	8abr. 2013/ 8 abr. 2014	495
Universidade Federal de Minas Gerais	Qualificação Profissional	Assistência Domiciliar na Rede de Atenção Básica à Saúde	18 abr. 2013/ 31 dez. 2013	2.946
		Atenção Domiciliar na Rede Básica de Saúde (Ad2)	16 jun. 2014/ 31 out. 2014	1.609
			17 jun. 2014/ 30 out. 2014	348
			1 mar. 2015/ 30 jun. 2015	1.204
			2 mar. 2015/ 29 jun. 2015	582
			26 jul. 2015/ 4 dez. 2015	290
			27 jul. 2015/ 4 dez. 2015	719
			2 mar. 2015/ 30 jun. 2015	9
		Doenças Infectocontagiosas na Atenção Básica à Saúde	14 jul. 2014/ 14 dez. 2014	362
			15 jul. 2014/ 15 dez. 2014	103
			1 mar. 2015/ 30 jun. 2015	506
			2 mar. 2015/ 29 jun. 2015	506
			26 jul. 2015/ 4 dez. 2015	117
			16 jun. 2014/ 16 nov. 2014	673
		Princípios para o Cuidado Domiciliar por Profissionais de Nível Superior (Ad13)	17 jun. 2014/ 17 nov. 2014	170

Universidade Federal de Minas Gerais		Princípios para o Cuidado Domiciliar por Profissionais de Nível Superior (Ad13)	1 mar. 2015/ 30 jun. 2015	557
			2 mar. 2015/ 29 jun. 2015	357
			26 jul. 2015/ 4 dez. 2015	200
			27 jul. 2015/ 4 dez. 2015	261
		Uso Terapêutico de Tecnologias Assistivas	5 set. 2013/ 30 set. 2014	3.487
			6 set. 2013/ 29 set. 2014	609
		Uso Terapêutico de Tecnologias Assistivas: direitos das pessoas com deficiência e ampliação da comunicação	1 jun. 2015/ 30 nov. 2015	705
		Uso Terapêutico de Tecnologias Assistivas: direitos das pessoas com deficiência e audição	6 set. 2013/ 29 set. 2014	609
		Uso Terapêutico de Tecnologias Assistivas: direitos das pessoas com deficiência e habilidade física motora	1 jun. 2015/ 30 nov. 2015	1.800
		Uso Terapêutico de Tecnologias Assistivas: direitos das pessoas com deficiência e visão	1 jun. 2015/ 30 nov. 2015	685
	Especialização	Curso de Especialização em Atenção Básica	1 mar. 2008/ 31 dez. 2009	353
			1 ago. 2008/ 31 jul. 2010	400
			1 ago. 2009/ 31 jul. 2011	400
			1 mar. 2010/ 31 dez. 2011	400
			1 ago. 2010/ 31 jul. 2012	102
			1 ago. 2011/ 31 jul. 2012	300
			1 mar. 2012/ 31 dez. 2013	352
			Curso de Especialização de Estratégia de Saúde da Família	21 out. 2013/ 31 dez. 2014
		21 out. 2013/ 31 dez 2015		67
		15 mar. 2014/ 1 dez 2015		334
16 mar. 2014/ 1 dez. 2015		45		
17 mar. 2014/ 1 dez 2015		117		
18 mar. 2014/ 01 dez 2015		35		
19 mar. 2014/ 1 dez 2015		423		

Universidade Federal de Minas Gerais	Especialização	Curso de Especialização de Estratégia de Saúde da Família	1 ago. 2014/ 31 jul. 2015	389
			2 ago 2014/ 30 jul. 2015	552
			30 ago. 2014/ 30 jul. 2015	352
			24 out. 2014/ 29 out 2015	4
			25 out. 2014/ 30 out. 2015	7
			1 abr. 2015/ 31 mar. 2016	188
			2 abr. 2015/ 31 mar. 2016	35
			3 abr. 2015/ 31 mar. 2016	28
			4 abr. 2015/ 28 mar. 2017	5
			19 jun. 2015/ 30 dez. 2016	23
			8 jul. 2015/ 7 jul. 2016	8
			8 jul. 2015/ 8 jul. 2016	29
			3 ago. 2015/ 30 jul. 2016	4
			1 fev. 2016/ 1 fev. 2017	19
			2 fev. 2016/ 2 fev. 2017	6
			3 fev. 2016/ 3 fev. 2017	11
4 fev. 2016/ 4 fev. 2017	2			
Universidade Federal de Pelotas	Qualificação profissional	Abordagem domiciliar em situações clínicas comuns em idosos	15 jun. 2015/ 15 dez. 2015	510
	Especialização	Curso de Especialização em Saúde da Família – EaD	22 jul. 2011/ 28 set. 2016	319
			27 abr. 2012/ 24 jun. 2013	394
			2 ago. 2012/ 7 out. 2013	140
			3 ago. 2012/ 7 out. 2013	294
			28 mar. 2013/ 30 mai. 2014	498
			29 mar. 2013/ 30 mai. 2014	542
			6 jan. 2014/ 20 dez. 2015	368
			20 mar. 2014/ 27 mar. 2015	505
			28 mar. 2014/ 20 dez. 2015	654
			18 jul. 2014/ 25 jul. 2015	499

Universidade Federal de Pelotas	Especialização	Curso de Especialização em Saúde da Família – EaD	1 mai. 2015/ 1 nov. 2016	510
Universidade Federal de Pernambuco	Qualificação Profissional	Princípios para o Cuidado Domiciliar II	13 jun. 2014/ 30 jan. 2016	2.398
			14 jun. 2014/ 30 jan. 2016	732
		Vacinação para o Papiloma Virus Humano (Hpv)	27 fev. 2014/ 31 mar. 2015	2.858
			28 fev. 2014/ 31 mar. 2015	8.699
			5 fev. 2015/ 30 ago. 2016	3.093
			6 fev. 2015/ 31 dez. 2015	1.642
		Abordagem Domiciliar de Situações Clínicas Comuns em Adultos	17 set 2014/ 30 jan 2016	1.341
			18 set. 2014/ 30 jan 2016	650
		Capacitação de Profissionais da Odontologia Brasileira Vinculados ao SUS para a Atenção e o Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência	30 set. 2013/ 31 mar. 2014	5.564
			1 abr. 2015/ 30 nov. 2015	1.064
	Seminário	II Mostra da Experiência UNA-SUS	23 nov. 2015/ 24 nov. 2015	57
	Especialização	Curso de Especialização em Saúde da Família	28 mar. 2013/ 28 fev. 2014	641
			18 nov. 2013/ 28 fev. 2014	641
		I Curso de Pós- Graduação (Especialização) em Saúde da Família. A Distância (1º Ciclo e 2º Etapa – Mais Médico)	31 mar. 2014/ 27 fev. 2015	242
			3 mar. 2014/ 31 mar. 2014	101
		I Curso de Pós- Graduação (Especialização) Multiprofissional em Saúde das Famílias e das Comunidades	31 mar. 2014/ 31 mar. 2015	528
			25 ago. 2014/ 31 ago. 2015	217
			18 mai. 2015/ 31 mai. 2016	423
	16 nov. 2015/ 30 nov. 2016	55		
	Universidade Federal de Santa Catarina	Qualificação Profissional	Curso de Capacitação Profissional em Implantação e Gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar	24 out. 2014/ 24 jan. 2015
Curso de Capacitação Profissional em Princípios do Cuidado Domiciliar I			1 mar. 2015/ 31 dez. 2015	3.615
			2 mar. 2015/ 31 dez. 2015	2
Implantação e Gerenciamento do Serviço de Atenção Domiciliar			18 abr. 2013/ 31 dez. 2013	1.962

Universidade Federal de Santa Catarina	Qualificação Profissional	Capacitação em Eventos Agudos na Atenção Básica	8 abr. 2013/ 12 jul. 2013	277
			12 ago. 2013/ 1 dez. 2013	979
		Curso Crise e Urgência em Saúde Mental	25 ago. 2014/ 24 nov. 2014	695
			30 mar. 2015/ 29 jun. 2015	870
			17 ago. 2015/ 16 nov. 2015	647
		Curso de Atualização em Saúde Mental da Infância e Adolescência no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial	22 mai. 2014/ 31 ago. 2014	388
		Curso de Capacitação em Saúde Mental e Trabalho em rede demandas relacionadas ao consumo de Álcool e outras Drogas	26 mai. 2014/ 13 set. 2014	541
			2 jun. 2014/ 29 set. 2014	517
			21 jul. 2014/ 3 nov. 2014	393
			1 set. 2014/ 22 dez. 2014	1.339
	9 fev. 2015/ 15 jun. 2015		3.201	
	20 jul. 2015/ 23 nov. 2015		2.341	
	Especialização		Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica	30 out. 2013/ 30 jul. 2015
		31 mar. 2014/ 30 jul. 2015		1.261
		27 abr. 2015/ 19 mar. 2016		269
		Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica : EaD	20 dez. 2010/ 30 mar. 2012	596
			1 set. 2011/ 15 fev. 2013	533
			1 set. 2011/ 15 fev. 2013	456
			19 mar. 2012/ 17 jun. 2013	880
		Especialização em Saúde da Família	15 mar. 2010/ 16 abr. 2011	474
30 jul. 2010/ 30 abr. 2012			674	
13 ago. 2013/ 17 ago. 2013			36	
Especialização Multiprofissional em Saúde da Família	23 fev. 2013/ 14 dez. 2013	749		
	13 abr. 2013/ 5 abr. 2014	628		
Universidade Federal de São Paulo	Especialização	Apoio à Saúde da Família	30 mar. 2015/ 31 mar. 2016	197
		Saúde da Família	1 nov. 201/ 6 nov. 2010	907

Universidade Federal de São Paulo	Especialização	Saúde da Família- profissionais da atenção básica	19 out. 2015/ 8 out. 2016	74
			20 out. 2015/ 8 out. 2016	96
		Saúde da Família- profissionais da atenção básica- Mais Médicos e Provab (Pab3)	4 nov. 2013/ 1 nov. 2014	436
		Saúde da Família- profissionais da atenção básica- Mais Médicos e Provab (Pab5)	16 jun. 2014/ 31 ago. 2015	1644
		Saúde da Família- profissionais da atenção básica- Mais Médicos e Provab (Pab4)	10 mar. 2014/ 28 fev. 2015	496
			11 mar. 2014/ 28 fev. 2015	514
		Saúde da Família- profissionais da atenção básica- Mais Médicos e Provab (Pab6)	4 mai. 2015/ 30 abr. 2016	26
			5 mai. 2015/ 30 abr. 2016	234
		Saúde da Família- profissionais da atenção básica- Provab	9 jul. 2012/ 8 jul. 2013	118
			18 mar. 2013/ 23 fev. 2014	183
Saúde da Família- profissionais da ESF	21 nov. 2011/ 20 nov. 2012	1.597		
	12 nov. 2012/ 28 out. 2013	1.615		
Saúde Indígena- modalidade à distância	1 mar. 2015/ 30 jun. 2016	362		
Qualificação Profissional	Curso de Formação de Tutores - Una-Sus	16 ago. 2010/ 24 set. 2010	30	
Universidade Federal do Ceará	Especialização	Curso de Especialização em Saúde da Família	16 abr. 2010/ 16 abr. 2012	499
			18 ago. 2010/ 31 jul. 2012	258
			12 mai. 2014/ 30 set. 2015	552
			13 mai. 2014/ 13 ma. 2015	624
			13 abr. 2015/ 29 fev. 2016	361
			14 abr. 2015/ 29 fev. 2016	68
		Curso de Especialização, Pesquisa e Inovação em Saúde da Família	1 jul. 2012/ 30 jun. 2013	176
			13 jun. 2013/ 13 jun. 2014	638
			4 out. 2013/ 30 set. 2015	292
		Especialização em Saúde da Pessoa Idosa	5 nov. 2013/ 5 nov. 2014	500
	Qualificação Profissional	Capacitação sobre Influenza Profissionais de Vigilância em Saúde	17 set. 2012/ 17 dez. 2012	1001
		Curso de Introdução à Atenção Domiciliar	26 dez. 2012/ 26 jun. 2013	1031

Universidade Federal do Ceará	Qualificação Profissional	Curso de Introdução à Atenção Domiciliar	4 mar. 2013/ 31 dez. 2013	3000
		Curso de Saúde da Pessoa Idosa	13 nov. 2014/ 30 nov. 2014	58
		Intercorrências Agudas no Domicílio	2 ago. 2013/ 31 jan. 2014	1.504
			23 out. 2014/ 30 abr. 2015	913
		Introdução à Atenção Domiciliar	19 mai. 2014/ 19 mai. 2015	3.206
		Saúde da População do Campo das Florestas e das Águas	10 jun. 2015/ 10 nov. 2015	8.395
			19 out. 2015/ 19 abr. 2016	4.903
Universidade Federal do Maranhão	Aperfeiçoamento	Capacitação em Saúde da Pessoa Idosa	28 set. 2015/ 31 jul. 2016	19.204
		Estratégias de Prevenção da Drc em Pacientes de Grupos de Risco	1 fev. 2016/ 31 jul. 2016	1.155
	Atualização	Identificação dos Grupos de Risco para Doenças Renais Crônicas	1 fev. 2016/ 31 jul. 2016	656
	Especialização	Especialização em Saúde Domiciliar	1 abr. 2015/ 8 jul. 2016	297
		Especialização em Saúde da Pessoa Idosa	22 out. 2013/ 20 dez. 2014	225
		Curso de Especialização em Saúde Materno-infantil	12 nov. 2010/ 28 out. 2011	649
		Especialização em Atenção Básica em Saúde	10 mar. 2014/ 29 fev. 2016	282
			15 jul. 2014/ 29 fev. 2016	218
			5 set. 2014/ 29 fev. 2016	333
			1 dez 2014/ 27 nov. 2015	855
			17 abr. 2015/ 29 jan. 2016	415
			5 mai. 2015/ 16 fev. 2016	112
		23 out. 2015/ 16 jul. 2016	169	
		Especialização em Nefrologia Multidisciplinar	6 ami. 2014/ 6 out. 2015	498
		Especialização em Saúde da Família	12 nov. 2010/ 28 jan. 2012	336
			28 nov. 2011/ 27 out. 2012	758
			11 jul. 2012/ 20 jul. 2013	283
			8 out. 2012/ 8 out. 2013	217
			4 abr. 2013/ 22 fev. 2014	155
	29 out. 2013/ 29 out. 2014		180	
1 abr. 2014/ 24 set. 2015	212			

Universidade Federal do Maranhão	Especialização	Especialização em Saúde da Família	27 abr. 2015/ 22 fev. 2016	154
		Especialização em Saúde Mental	28 nov. 2011/ 21 dez. 2012	503
	Qualificação Profissional	Intercorrências no Domicílio I	2 ago. 2013/ 31 jan. 2014	1.693
			26 ago. 2014/ 26 fev. 2015	840
			10 dez. 2014/ 10 mai. 2015	307
			23 fev. 2015/ 23 nov. 2015	678
			11 jan. 2016/ 30 set. 2016	229
			30 abr. 2014/ 30 out. 2014	895
			26 ago. 2014/ 26 fev. 2015	431
			10 dez. 2014/ 10 mai. 2015	112
			23 fev. 2015/ 23 nov. 2015	276
			11 jan. 2016/ 30 set. 2016	165
		Abordagem Domiciliar em Situações Clínicas Comuns Materno-infantis	30 set. 2013/ 30 mar. 2014	1.316
			26 ago. 2014/ 26 fev. 2015	804
			10 dez. 2014/ 10 mai. 2015	248
			23 fev. 2015/ 23 nov. 2015	610
			11 jan. 2016/ 30 set. 2016	170
		Atenção Integral à Saúde da Criança I	1 nov. 2014/ 1 mai. 2015	147
			1 nov. 2014/ 1 mai. 2015	66
		Atenção Integral à Saúde Sexual e Reprodutiva I	1 nov. 2014/ 1 mai. 2015	158
		Atenção Integral à Saúde Sexual e Reprodutiva II	1 nov. 2014/ 1 mai. 2015	69
	Capacitação em Dependência Química	10 set. 2013/ 28 dez. 2013	326	
	Capacitação em saúde mental	2 jul. 2013/ 31 out. 2013	217	
Política Nacional de atenção ao portador de doença renal crônica	1 fev. 2016/ 31 jul. 2016	3.177		
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	Aperfeiçoamento	Zika: abordagem clínica na atenção básica	18 fev. 2016/ 17 fev. 2017	27.494
		Manejo Clínico de Chikungunya	1 dez. 2015/ 31 jul. 2016	21.861
		Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família	5 ago. 2010/ 16 dez. 2011	454
			1 mar. 2011/ 30 nov. 2012	445

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	Aperfeiçoamento	Curso de pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família	25 jun. 2012/ 30 jun. 2013	161		
			25 mar.2013/ 30 jun. 2014	456		
			1 out. 2013/ 31 out. 2014	171		
			4 nov. 2013/ 30 jun. 2015	578		
			16 mar. 2014/ 31 mar. 2015	139		
			17 mar. 2014/ 1 out. 2015	381		
			31 mar. 2014/ 30 set. 2015	403		
			16 jun. 2014/ 31 dez. 2015	546		
			15 ago. 2014/ 31 dez. 2015	138		
			3 mai. 2015/ 30 mai. 2016	241		
			4 mai. 2015/ 30 mai. 2016	81		
			17 ago. 2015/ 31 ago. 2016	80		
			Mestrado Profissional	Mestrado Profissional em Saúde da Família	7 mar. 2013/ 31 mar. 2015	15
					13 mar. 2014/ 31 mar. 2016	16
Qualificação Profissional	Curso de Capacitação de Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família- Nasf Ms	3 jul. 2013/ 13 dez. 2013	255			
		Doenças do Aparelho Digestivo	30 nov. 2015/ 31 jul. 2016	3.661		
		Manejo Clínico de Chikungunya	1 dez. 2015/ 31 jul. 2016	21.861		
Universidade Federal do Rio de Janeiro- Instituto de Estudos em Saúde Coletiva	Qualificação Profissional	Avaliação do Risco à Saúde Humana por exposição à substância química- versão 2	6 ago. 2013/ 25 nov. 2013	356		
		Avaliação do Risco à Saúde Humana por exposição à substância química- versão 1	15 dez. 2010/ 20 abr. 2011	300		
			31 out. 2011/ 9 abr. 2012	350		
		Curso de Capacitação à distância em saúde, desastres e desenvolvimento-versão 1	16 jan. 2012/ 11 jun. 2012	300		
		Curso de Capacitação à distância em saúde, desastres e desenvolvimento-versão 2	9 jan. 2013/ 2 abr. 2013	222		
		Curso de Capacitação à distância em saúde, desastres e desenvolvimento-versão 3	4 set. 2013/ 3 dez 2013	458		
		Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano	14 mai. 2012/ 19 ago. 2013	301		
14 mai. 2013/ 18 ago. 2013	352					

Universidade Federal do Rio de Janeiro- Instituto de Estudos em Saúde Coletiva	Qualificação Profissional	Vigilância da Qualidade da Água para consumo humano	9 out. 2013/ 20 dez. 2013	267
	Especialização	Especialização em Vigilância em Saúde Ambiental	15 jul. 2013/ 17 jul 2014	447
			15 jan. 2014/ 17 jul. 2014	504

Fonte: Quadro disponível em <<http://www.unasus.gov.br/content/arouca-em-numeros-unidade-da-federacao-de-atuacao#overlay-context=page/una-sus-em-numeros/una-sus-em-numeros>> Acesso em 28 mar. 2016.

A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, órgão federal que pertence ao Ministério da Saúde oferece um curso de qualificação profissional, voltado para a população negra, que no total teve 13.256 matrículas. Outro órgão federal, a Secretaria de Vigilância em Saúde, ofertou cinco cursos também na modalidade qualificação profissional, tendo como temáticas a dengue, a influenza, a hanseníase e dois sobre a tuberculose, que alcançaram um total de 47.854 matrículas.

A Unirio – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro oferece apenas um curso, de especialização em nível de Pós-Graduação, tendo como temática a saúde da família e alcançou no total 424 matrículas. A Universidade de Brasília dispôs quatro cursos de especialização, todos focados na saúde da família, com 1.393 matrículas no total. Na Universidade do Estado do Rio de Janeiro são ofertados dois cursos de especialização acerca da saúde da família e de pessoas idosas e três cursos de qualificação profissional com as temáticas atenção domiciliar e saúde do grupo LGBT, que abarcam um total de 28.570 matrículas.

A Universidade Federal da Bahia dispõe de um curso de especialização sobre gestão da atenção básica, que obteve 495 matriculados. A Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre ofereceu três cursos de especialização nas temáticas saúde da família, geoprocessamento e epidemiologia e também, cinco na modalidade qualificação profissional sobre atenção básica, domiciliar, doenças do sangue e oncologia somando um total de 6.466 matrículas. Na Universidade Federal de Minas Gerais foram ofertados dois cursos de especialização focados em atenção básica e saúde da família, além de dez outros cursos de qualificação profissional sobre assistência domiciliar, doenças infectocontagiosas e diferentes tecnologias assistivas, alcançando um total de 24. 575 matriculados.

Na Universidade Federal de Pelotas houve a oferta de um curso de especialização em saúde da família e um de qualificação profissional de abordagem domiciliar para idosos, somando 5.233 matrículas. A Universidade Federal de Pernambuco ofereceu dois cursos de

especialização em pós-graduação *lato sensu* voltados para saúde da família e das comunidades, quatro cursos de qualificação profissional em abordagem domiciliar, odontologia da pessoa com deficiência e vacinação de Hpv, além de um seminário sobre as experiências da UNA-SUS, com um total de 30.943 matrículas efetuadas. A Universidade Federal de Santa Catarina disponibilizou quatro cursos de especialização com as temáticas atenção básica, assistência farmacêutica e saúde da família e sete cursos de qualificação profissional sobre atenção básica, saúde mental, atenção psicossocial de crianças e jovens, consumo de álcool e drogas e atenção domiciliar, obtendo um total de 26.962 matrículas.

Na Universidade Federal de São Paulo houve um total de onze cursos ofertados, sendo destes um de qualificação profissional sobre formação de tutores para a UNA-SUS e os restantes de especialização abarcando as temáticas saúde da família e saúde indígena, num total de 8.799 matriculados. A Universidade Federal do Ceará ofereceu quatro cursos de especialização acerca da saúde da família e da pessoa idosa e seis de qualificação profissional sobre influenza, atenção domiciliar, saúde da pessoa idosa, intercorrências e atenção no domicílio, saúde da população do campo, florestas e águas, contando com o total de 27.979 matrículas. Na Universidade Federal do Maranhão foram disponibilizados sete cursos de especialização em saúde materno-infantil, atenção básica, saúde domiciliar, nefrologia, saúde da família, da pessoa idosa e mental e nove cursos de qualificação profissional sobre abordagem domiciliar materno-infantil, saúde da criança, saúde sexual e reprodutiva, dependência química, saúde mental, intercorrências no domicílio e doença renal, totalizando 40.800 matrículas.

A Universidade Federal do Mato Grosso do Sul ofereceu um curso de aperfeiçoamento sobre Zika, um de especialização em pós-graduação *lato sensu* acerca da atenção básica em saúde da família, um de mestrado profissional em saúde da família e três de qualificação profissional voltados para saúde da família, doenças do aparelho digestivo e chikungunya, contando com o total de 79.437 matrículas. Por fim, a Universidade Federal do Rio de Janeiro-Instituto de Estudos em Saúde Coletiva ofertou um curso de especialização em saúde ambiental e sete de qualificação profissional abarcando os temas exposição a substâncias químicas, desastres e qualidade da água, num total de 3.857 matriculados.

Assim, observando o Quadro 4 vemos ainda que um mesmo curso pode ofertar diferentes períodos de inscrições, as temáticas mais abordadas são saúde da família, atenção básica e atenção domiciliar e as modalidades mais desenvolvidas são especialização e qualificação profissional. Entendemos que não há um padrão no número de vagas ofertado e nas temáticas,

que variam conforme a instituição. Ao fazer levantamento dos cursos oferecidos, nos chamou a atenção o fato da abordagem de doenças há muito instaladas no Brasil, como é o caso da tuberculose e doenças emergentes, como é o caso da febre Zika vírus, interessante notar haver uma preparação profissional para o envelhecimento populacional, dessa forma optamos por explorar essas três temáticas em específico, ao fazer um recorte com a abordagem detalhada a seguir. Essa condição da UNA-SUS em não abandonar temas antigos, ter capacidade de preparar curso para doença emergente e condições previsíveis é considerado positivo.

### 3.7.2 Doenças de Notificação Compulsória

Como foi visto anteriormente, em 1891 foi criada uma lista de doenças de notificação compulsória no Brasil. Isso decorreu da necessidade do controle sobre doenças, para tomada de ações por parte do poder público, a fim de erradicá-las com imunizações, quando possível, ou controlar, para evitar uma maior disseminação, e assim produzir queda nos índices de morbidade<sup>41</sup> e mortalidade. A Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, foi a mais recente revisão desta lista de doenças (Anexo 1) que inclui agravos. Nessa lista constam 48 tópicos, que abarcam, no geral, acidentes, enfermidades, casos de óbitos, intoxicação, síndromes e violência. Dentro desse total a UNA-SUS trabalha em seus cursos 10 temáticas: dengue, influenza, zika, chikungunya, hanseníase, HIV/AIDS, intoxicação exógena, tuberculose e violência doméstica, doenças infectocontagiosas. Consideramos provável que a temática febre amarela e malária estejam contempladas no curso “Saúde da População do Campo das Florestas e das Águas”.

As doenças e agravos de notificação compulsória estão em sua maioria na base de dados da Rede Intergerencial de Dados para a Saúde - RIPSAs<sup>42</sup>, excetuando-se a Influenza, o Zika vírus, a Dengue e Chikungunya que estão disponíveis no Portal da Saúde<sup>43</sup>. Provavelmente por serem mais recentes e pelo impacto de morbidade e mortalidade que estas últimas doenças causam os dados são atualizados por semana epidemiológica (SE) o que nos disponibiliza

---

<sup>41</sup> Morbidade é a variável característica das comunidades de seres vivos, refere-se ao conjunto dos indivíduos que adquirem doenças (ou determinadas doenças) num dado intervalo de tempo em uma determinada população. A morbidade mostra o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população (SÃO PAULO (Estado), 2007).

<sup>42</sup> Disponível em <<http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/>> Acesso em 2 set. 2015.

<sup>43</sup> Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-influenza>> Acesso em 3 jun. 2016.

informações mais recentes; em junho de 2016 estavam disponíveis os dados compilados até abril do mesmo ano.

Diante do panorama apresentado elencamos a tuberculose por ser uma doença instalada no Brasil desde a época das capitânicas hereditárias (BERTOLLI, 2001) e de acordo com os dados, até o ano de 2014 ainda não estava devidamente controlada segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS). A febre Zika, por ser uma doença que emergiu em 2015 e com grande impacto de morbidade, mortalidade e sequelas para neonatais. Além dessas doenças incluímos um olhar para nossa situação demográfica, que tende para o envelhecimento, o que acarreta a necessidade de profissionais preparados para essa nova situação.

A seguir apresentaremos os índices e tendências da tuberculose e Zika, bem como a contextualização dessas doenças, abordaremos também o padrão demográfico brasileiro e posteriormente destacaremos os cursos da UNA-SUS que tratam dessas temáticas.

### 3.7.3 Tuberculose

A tuberculose<sup>44</sup>, também denominada como Peste Branca, é uma doença com raiz social, presente no Brasil desde as capitânicas hereditárias. Passou do período colonial ao Imperial sem preocupações maiores das entidades públicas, em 1887 o inspetor-geral de Higiene da Província alarmava sobre o número de doentes pulmonares, que se agrava com o aumento da população por conta da imigração estrangeira para as lavouras do café (ARRUDA, 1936). Durante o Brasil Império a mortalidade por tuberculose é estimada em 1/150 o que equivale a 6,6 casos para 1000 habitantes (CAMPOS e PIANTA, 2001). E assim permaneceu no princípio do Período Republicano, quando o diretor do Serviço Sanitário Estadual de São Paulo entre os anos de 1898 e 1917, Emílio Ribas resolve iniciar a primeira Campanha Nacional para o combate à tuberculose. A intervenção pública visava principalmente a promoção da circulação de homens e mercadorias para o bom andamento da economia e se restringia as grandes cidades da época: Rio de Janeiro que já era foco de cuidados no Período Imperial por ser a capital, São Paulo, Recife, Salvador e Porto Alegre (BERTOLLI, 2001).

O fato de não haver reconhecimento da área médica de soluções para a tuberculose fez com que apesar do grande número de mortes que causava, não houvesse investimento público, o qual se limitou a dispensar “verbas e servidores para o combate da febre amarela, da varíola, da

---

<sup>44</sup> O bacilo causador da doença, foi descoberto em 1822 por Robert Koch e denominado Bacilo de Koch, mas a vacina e o tratamento eficaz só foram descobertos no século seguinte (SEVERO et al, 2007).

peste bubônica e da febre tifóide”, o que levou a sociedade a assumir os investimentos para os cuidados com os pacientes pobres e prevenção do contágio (BERTOLLI, 2001). Em 1907 Oswaldo Cruz diretor-geral do Departamento Nacional de Saúde não consegue sensibilizar os políticos do Congresso Nacional para aprovar a sua proposta:

(...) uma lei que estabelecia a obrigatoriedade clínica de notificação dos casos de tuberculose, a criação de um serviço especializado na enfermidade e ainda a ocupação de um inexistente sanatório que o higienista acreditava que a Marinha havia construído em Campos do Jordão (BERTOLLI, 2001, p. 61).

Ainda sobre a direção de Emílio Ribas a tuberculose alcançou 7% dos óbitos totais notificados no estado de São Paulo, do que decorreu a iniciativa de convidar o médico carioca Clemente Ferreira originando assim a Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos. A partir de 1903 a associação alterou o nome para Liga Paulista Contra a Tuberculose (BERTOLLI, 2001).

O baixo investimento estatal e o parco conhecimento científico fizeram com que os índices de mortalidade continuassem a crescer na cidade de São Paulo, em 1923 ocorreram 113,18 óbitos por cada 100.000 habitantes e em 1932 alcançou 138,72 óbitos, em diferentes regiões do estado (GRIECO e CARDOSO, 1939). Bertolli (2001) ao verificar os prontuários da Santa Casa de São Paulo constata relatos e identificações incompletas, diferente do que ocorre no Sanatório Luiz Gonzaga no período de 1932 a 1968, cuja documentação é rica em detalhes, ao que atribui o fato deste último servir de hospital escola para os alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola Paulista de Medicina até o final da década de 1940.

De 1936 a 1945 foram realizados pelo menos vinte recenseamentos de tuberculose, com a utilização do aparelho de abreugrafia<sup>45</sup> cedido pelo Departamento de Saúde Paulista à Universidade de São Paulo e posteriormente ao Instituto dos Bancários:

A comunidade estudantil foi o estrato mais visado da população estadual, instruindo onze inquéritos com base no exame dos alunos matriculados nas escolas de educação elementar e também duas pesquisas centradas nos estudantes dos primeiros anos dos cursos oferecidos pela Universidade de São Paulo (BERTOLLI, 2001, p. 88).

---

<sup>45</sup> Método desenvolvido pelo médico brasileiro Manoel Dias de Abreu em 1936, utilizava radiografia do tórax e fotografia, passou a ser exigido para admissão em algumas escolas e para obtenção do atestado de saúde para o trabalho até 1990 (MACIEL et al, 2012).

A fidelidade acadêmica de parte da comunidade científica da época à escola francesa voltava as costas para as novas descobertas nos Estados Unidos e Alemanha e foi alvo de discórdia entre grupos profissionais, o que acarretou lentidão científica na adoção de novos métodos de tratamento. Apesar de contestações, o tratamento com isolamento em clima frio de altitude, como Campos do Jordão/ SP, já não era aceito por algumas correntes.

De acordo com Leite e Telarolli (1997), a mortalidade por tuberculose no Rio de Janeiro em 1946 se aproxima de 1.000/100.000 habitantes e em outras capitais 246/100.000 habitantes. Nesse momento as políticas públicas começam a dar mais atenção à doença, até mesmo por uma maior cobrança por parte da população:

Em nível público, ficou patente que a tuberculose serviu como mecanismo de relacionamento entre o Estado e os cidadãos. Doença e doente tornaram-se um binômio fundamental, dialético, para o duplo objetivo: da explicação do público e do privado.  
[...] As visões sobre a tuberculose e o tuberculoso, na medida em que se inscrevem em linhas historiográficas, permite que a História Social da Doença e do Doente seja vista como uma unidade federativa do conhecimento na qual agregam-se múltiplas tensões coletivas e individuais. (BERTOLLI, 2001, p. 234).

A vacina para a tuberculose foi desenvolvida na França e utilizada em humanos a partir de 1921, é denominada BCG (B-bacilo, C-Calmette e G-Guerrin), em homenagem aos cientistas que a desenvolveram, é incentivada a partir de 1948 pela OMS e incluída no seu calendário de vacina a partir de 1974, apresenta uma cobertura vacinal de 80% a partir da década de 1990, com exceção de alguns países africanos (PEREIRA, 2007).

O primeiro antibiótico eficaz para tuberculose, a estreptomicina, descoberto em 1944 por Selman Waksman, cientista ucraniano naturalizado estadunidense, não conseguia solucionar dois problemas, a adesão do paciente ao tratamento, que se prolonga de 6 a 12 meses e o desenvolvimento de bacilos resistentes, que requeriam novos antibióticos para o combate.

A expectativa de erradicar a doença até 1970 não se concretizou (LEITE e TELAROLLI, 1997). A AIDS surge em 1981 e com ela observa-se o aumento de casos da tuberculose em indivíduos infectados. A tuberculose é declarada emergência global em 1993 e a Organização

Mundial da Saúde recomenda a estratégia DOTS – Tratamento Diretamente Observado<sup>46</sup> para o controle mundial. Em 2000, foi observada uma polarização da tuberculose, onde 80% da doença se concentraram em 20 países, dentre os quais o Brasil (BRASIL, 2006). Outros fatores que ainda no século XXI contribuem para a dificuldade de controle da tuberculose é a resistência aos antibióticos, a desigualdade social, o envelhecimento da população e os movimentos migratórios (BRASIL, 2006). Dentre as estratégias para o combate estão:

[...] o fortalecimento da estratégia de Tratamento Supervisionado (TS), a capacitação de profissionais dos diversos níveis de atenção à saúde que assistem aos pacientes acometidos pela doença e a investigação diagnóstica de sintomáticos respiratórios, isto é, das pessoas que apresentam tosse há mais de três semanas (MACIEL et al, 2012, p. 229).

Em 2000, os países que ainda tinham incidência de tuberculose se reúnem em Amsterdam e assumem o compromisso de aumentar a cobertura DOTS, a partir da detecção de 70% dos casos e cura de 80% até 2005, ao assegurar recursos humanos e financeiros, garantir a utilização dos recursos de forma eficiente e eficaz, implementar um programa nacional dentro dos padrões da OMS, melhorar o acesso às medicações, ter uma base de dados para acompanhar os resultados e promover parcerias locais e internacionais (Amsterdam Declaration to Stop TB, 2000).

Até o ano de 2005 o Brasil ocupou o 14º lugar entre os 22 países responsáveis pela tuberculose no mundo e 35% dos casos notificados anualmente na Região das Américas. Nesse mesmo ano o Conselho Diretor da OPAS adotou a Resolução CD46.R12<sup>47</sup>: “Estratégia Regional para o Controle da Tuberculose para 2005-2015”, assim o Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Brasil elabora seu plano estratégico para 2007-2015. (BRASIL, 2006):

No Brasil, a tuberculose constitui a nona causa de hospitalização e a quarta causa de mortalidade por doenças infecciosas. Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN/MS), o número total de casos registrados em 2005 foi de

---

<sup>46</sup> “DOTS: em inglês – Directly Observed Treatment Short Course, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), envolve 5 componentes: comprometimento político com o programa, detecção de casos pela baciloscopia, tratamento de curta duração e diretamente observado, regularidade na manutenção de medicamentos e sistema de informação que permita um monitoramento dos resultados. A partir do ano de 1993, a própria OMS aponta a tuberculose como doença em estado de emergência mundial” (URIAS; WATANABE; BERTOLOZZI, 2005, p.85).

<sup>47</sup> Disponível em <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=927](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=927)> Acesso em 2 jun. 2016.

87.233. Uma taxa de incidência de 41,9 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2006, p. 3).

O Ministério da Saúde admite que esses casos devam estar subnotificados (BRASIL, 2006), informação confirmada por Sousa e Pinheiro (2011) que detectam falhas na qualidade do sistema de informação e estes são os subsídios utilizados para o planejamento de políticas públicas de saúde de maneira a beneficiar as dimensões humanitárias, econômicas e de saúde pública envolvidas nesta doença. Desde 2006 o tratamento gratuito fornecido pelo governo por meio do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, tem se esforçado para erradicar a doença, tendo por base a rede de atenção básica do SUS, contudo esta ainda é considerada um grave problema de saúde pública:

Os indicadores de monitoramento da doença estão distantes das metas propostas pelo Ministério da Saúde: curar 85% dos diagnosticados e reduzir a menos de 5% o abandono de tratamento. As ações de vigilância epidemiológica e a descentralização do tratamento para a atenção básica são estratégias importantes para reduzir a incidência da doença (BRASIL, 2010).

Siqueira-Batista et al, 2006, afirmam que o tratamento para a tuberculose já é consolidado na literatura científica, no entanto sua pesquisa com médicos e enfermeiros no estado do Rio de Janeiro demonstra a capacitação insuficiente dos funcionários da saúde das Equipes de Saúde da Família - ESF no que diz respeito a detecção e tratamento da tuberculose, com o nível de conhecimento inferior a 40% do necessário com nota média de 3,8 (no máximo de 10,00) e após a capacitação de 8 horas a nota média de 5,5, o que foi considerado pelos autores um nível de conhecimento ainda baixo. A pesquisa ainda identificou que os médicos e enfermeiros dos ESF estudados, apresentaram dificuldades teóricas na compreensão do quesito imunologia da tuberculose.

Façanha et al (2009) confirmam essa lacuna de capacitação em pesquisa realizada em Fortaleza envolvendo cinco unidades de Programa de Saúde da Família, que apresentou um aumento na detecção de Tuberculose de 180% após capacitação profissional de médicos e enfermeiros e do pessoal de nível médio e elementar, o que inclui os Agentes Comunitários de Saúde. Siqueira-Batista et al (2006) em estudo preliminar realizado entre o período de novembro de 2003 a abril de 2004 no Hospital das Clínicas de Teresópolis, Constantino Ottaviano, da

Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), constatou que de 60.000 pacientes avaliados apenas 40 foram encaminhados para o serviço municipal de controle da tuberculose, o que levou a supor que apesar de outros pacientes apresentarem queixa de tosse há mais de três semanas o atendimento foi voltado apenas para a queixa principal do paciente. Segundo o autor a reorganização federativa da saúde dada pela implementação do SUS não se sustenta, há necessidade de investimento na capacitação profissional e na base do atendimento em todos os níveis: elementar, médio e superior.

Ainda em 2006, o Ministério da Saúde apresentou o Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose no Brasil para os anos de 2007-2015, que leva em consideração o Relatório Global da OMS, no qual a taxa de detecção da tuberculose alcançou 58%, distante da meta inicial de 70% e destaca que o Brasil está em 14º lugar entre os 22 países que concentram 80% da tuberculose detectada no mundo. Esta doença é responsável pela nona causa de hospitalização e quarta causa de mortalidade por doenças infecciosas. Em 2005 o número de casos registrados foi de 87.233, a taxa de incidência de 41,9 por 100.000 habitantes e destes 88.4% (77.120) são casos novos de tuberculose (BRASIL, 2006).

De acordo com o Global Tuberculosis Report 2014, em 2013 a tuberculose ainda é uma das doenças infecciosas mais mortais do mundo e estima-se que 9,0 milhões de pessoas desenvolveram tuberculose, dentre as quais 1,5 milhões foram a óbito e destas 360 mil eram HIV positivo, considerando que a maioria das mortes é evitável este é um número considerado inaceitável. O aumento de casos em 2013 é considerado por conta da melhora na detecção dos casos e registros nos países afetados. Apesar da taxa de incidência da tuberculose global apresentar uma queda de 1,5% ao ano entre 2000 e 2013 e de 45% da mortalidade entre 1990 e 2013, este progresso necessita sofrer incremento para alcançar o objetivo de reduzir em 50% até 2015. O financiamento no combate ainda apresenta um déficit de investimento de cerca de 2 bilhões de reais dos 6,3 bilhões gastos em 2014 pelos 122 países que concentram 95% da doença do mundo. É preciso que esses países intensifiquem as medidas para melhorar a adesão e monitoramento do paciente (WHO, 2014).

No decorrer da leitura deste documento - Global Tuberculosis Report 2014 – nos chamou a atenção o fato de que em suas 171 páginas aparecem apenas 11 vezes as palavras Health workers (trabalhadores de saúde), 5 vezes a palavra education (educação) e 5 vezes a palavra trained (treinados). A nosso ver isso significa que não há a devida preocupação com a educação e formação dos trabalhadores da área da saúde. Fica claro que as propostas se concentram em

aumentar os investimentos bilionários em pesquisa, medicamentos e testes para detecção da doença. Contudo, a questão da descentralização dos serviços de saúde nos países é um fator apontado positivamente pelo relatório.

Assim, a seguir evidenciaremos os cursos da UNA-SUS que focam o combate à tuberculose.

### **3.7.3.1 UNA-SUS e Tuberculose**

Apresentamos a seguir os cursos da UNA-SUS que focam a tuberculose, ambos na modalidade qualificação profissional e EaD, elaborados pela Secretaria Executiva da UNA-SUS e com iniciativa da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). E posteriormente confrontaremos a frequência do curso por unidade da federação com a ocorrência epidemiológica da doença.

#### **3.7.3.1.1 Ações para Controle da Tuberculose na Atenção Básica**

Este curso esteve disponível desde 18 de janeiro de 2012 até 12 de junho de 2016 e apresentou o acumulado de 15.380 matrículas. É autoinstrucional, com carga horária de 30 horas, tem acesso livre, mas para receber certificado<sup>48</sup> é preciso ter Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), ativo ou inativo, nas seguintes ocupações: Assistente Social; Biólogos; Biomédicos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos Clínicos; Médicos em Especialidades Cirúrgicas; Médicos em Medicina Diagnóstica e Terapêutica; Médico Veterinário; Nutricionistas; Cirurgiões-Dentistas; Psicólogos e Psicanalistas; e Terapeutas Ocupacionais.

O público alvo é os profissionais da Atenção Básica e o seu objetivo é atualizar o conhecimento sobre o manejo dos casos de tuberculose. A página do curso da UNA-SUS pontua que a capacitação é uma das estratégias para melhorar o acesso e promover o tratamento da doença, e que o fortalecimento das ações descentralizadas foi um importante passo para o controle da doença.

---

<sup>48</sup> De acordo com as informações disponíveis no site da UNA-SUS o certificado será emitido no formato de declaração de participação em curso de qualificação profissional, oferecido pelo Ministério da Saúde.

É composto por três unidades que abordam: contextualização, epidemiologia e etiopatogenia<sup>49</sup> da doença; diagnóstico, aspectos clínicos e ações programáticas recomendadas; e, o terceiro contempla os protocolos nacionais para o tratamento da doença.

### 3.7.3.1.2 O curso Manejo da coinfeção TB-HIV

A tuberculose é a doença mais letal do mundo de acordo com o relatório da Organização Mundial da Saúde (2015) e é a causa mais frequente de morte de pessoas com AIDS no Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde. Estima-se que um terço da população mundial está infectado pelo bacilo da tuberculose e, que destas 10% desenvolverão a doença, metade nos primeiros dois anos da doença e metade ao longo da vida. Ou seja, a cada ano, 10% das pessoas infectadas pelo bacilo irão desenvolver a doença ativa. Essa condição é muito diferente para a população HIV<sup>50</sup>, que tem o risco de desenvolver tuberculose de 3 a 21 vezes maior comparada à população geral (BRASIL, 2015).

O curso é lançado em novembro de 2015 durante o 10º Congresso de HIV/AIDS e na primeira oferta 8.250 profissionais de diferentes áreas se inscreveram e destes 3 mil concluíram, sendo a maioria enfermeiro (36,7%), seguido por técnicos e auxiliares de enfermagem (26,2%) e médicos (9,5%), distribuídos em mais de 1200 municípios. O estado de São Paulo liderou as matrículas com 456 inscrições, seguido do Ceará com 355 e Minas Gerais com 322.

Sua plataforma EaD disponibiliza recurso para indivíduos com capacidade auditiva comprometida e também a opção de fazer *download* das aulas para poder se utilizar delas *offline*. Apesar de constar como 45 horas de curso, caso seja completamente explorado os textos e *links* disponíveis, essa carga horária pode se ampliar. É dividido em três etapas que tratam de aspectos de apoio psicossocial e manejo clínico de coinfeção, diagnóstico de tuberculose nas pessoas que tem HIV e, casos clínicos interativos que simulam situações reais.

Após o profissional completar as três unidades, um questionário é aplicado para selecionar os que trabalham em serviços que manejam antirretrovirais, ou atuam em serviços para atendimento de pessoas que tem HIV/AIDS. Somente os que se encaixarem nesse perfil são selecionados para frequentarem a quarta unidade. Essa condição nos parece equivocada,

---

<sup>49</sup> Análise especializada das causas que ocasionam o desenvolvimento de certas doenças (SÃO PAULO (Estado), 2007).

<sup>50</sup> A infecção por HIV possibilita uma série de outras coinfeções, mas a tuberculose é bastante frequente porque atua no organismo de forma sinérgica, ou seja: a infecção por HIV facilita o desenvolvimento de tuberculose e, quando a pessoa tem tuberculose, automaticamente ela tem uma progressão da Aids.

considerando que os pacientes HIV/AIDS circulam em todos os serviços de saúde. Para receber o certificado o profissional também deverá responder aos questionários de três casos clínicos e ter nota mínima de 90 pontos.

Dessa forma, ao observar as características apresentadas desses dois cursos que focam o combate da tuberculose, podemos perceber que ambos são da modalidade qualificação profissional, sendo que o primeiro tem um perfil mais geral, pois está voltado ao controle da tuberculose na atenção básica à saúde do SUS e tem o objetivo de complementar a formação dos profissionais participantes com informações gerais sobre a doença, enquanto o curso de manejo da coinfeção TB-HIV, tem um foco específico em profissionais que lidam especificamente com as duas doenças combinadas, inclusive exigindo estudo de casos na capacitação. Entendemos assim, que no geral, esses cursos atendem à proposta da UNA-SUS de oferecer formação continuada a diferentes profissionais do SUS por meio da EaD.

### **3.7.3.2 Análise das Ofertas dos Cursos com a Temática Tuberculose, Mediante a Distribuição da População Brasileira**

Conforme destacamos acima a UNA-SUS oferece dois cursos com a temática da tuberculose: “Ações para o Controle da Tuberculose na Atenção Básica” e “Manejo da Coinfeção Tuberculose-HIV (TB-HIV)”. Com o propósito de avaliar a ocorrência das matrículas, fizemos o levantamento dos dados de acordo com as informações disponíveis no *site* da UNA-SUS e organizamos a sua distribuição em quadros. E, no intuito de verificar se havia alguma coerência entre a distribuição das matrículas e a epidemiologia da tuberculose no Brasil organizamos em quadros a incidência dos casos de tuberculose<sup>51</sup> por 100 mil habitantes nos anos 1990, 2000, 2010 e 2012 e, o índice de mortalidade por tuberculose nos anos de 1990, 2000, 2010 e 2014; ambos por Unidade da Federação. Para tanto utilizamos como fonte de dados os

---

<sup>51</sup> De acordo com a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde a Taxa de Incidência de casos de tuberculose: estima o risco de um indivíduo vir a desenvolver tuberculose em qualquer de suas formas clínicas, numa determinada população em intervalo de tempo determinado. Indica a persistência de fatores favoráveis à propagação do bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que se transmite de um indivíduo para o outro, principalmente a partir das formas pulmonares da doença. Taxas elevadas de incidência estão geralmente associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e a insatisfatórias condições de assistência, diagnóstico e tratamento de sintomáticos respiratórios. Outro fator a ser considerado é a cobertura vacinal pelo BCG e coinfeção HIV. Esse indicador pode sofrer influência de fatores relacionados à melhoria das ações de controle da tuberculose como a busca de casos. A intensificação da busca ativa de casos em determinado município pode ser o responsável pelo aumento da incidência e vice-versa (Ministério da Saúde, BVS, 2014). Disponível em <[bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama%20tuberculose%20brasil\\_2014.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama%20tuberculose%20brasil_2014.pdf)> Acesso em 20 mai. 2015.

Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil 2012<sup>52</sup> (IDB 2012) da Rede Intergerencial de Informações para a Saúde (RIPSA) do Ministério da Saúde.

Estes são importantes indicadores, pois o Ministério da Saúde redefine metas utilizando esta base de dados, como a redução de 50,0%, em relação a 1990, dos coeficientes de incidência e de mortalidade por tuberculose a serem alcançados em 2015 (Ministério da Saúde, BVS, 2014). Esta meta foi pactuada em 2009 por meio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde e, pelo panorama apresentado a possibilidade disso ocorrer nos parece difícil de ser alcançada.

Quadro 5 - Taxa de Incidência da Tuberculose por 100 mil/habitantes, por Unidade da Federação - anos 1990, 2000, 2010 e 2012.

UF	1990	2000	2010	2012
Acre	87,63	57,93	41,85	45,73
Alagoas	51,1	40,85	36,21	35,07
Amapá	71,54	47,38	28,68	29,49
Amazonas	94,55	73,78	66,73	67,64
Bahia	60,67	49,58	37,23	35,44
Ceará	74,05	46,04	42,59	40,76
Distrito Federal	43,29	18,53	11,21	14,01
Espírito Santo	59,12	43,04	37,07	35,07
Goiás	29,59	21,93	14,77	15,08
Maranhão	81,6	52	32,09	29
Mato Grosso	52,63	48,04	38,68	42,66
Mato Grosso do Sul	55,63	42,59	33,52	37,08
Minas Gerais	44	34,78	19,86	18,8
Pará	66,74	48	47,5	44,96
Paraíba	44,67	38,79	27,66	30,06
Paraná	28,36	24,04	22,75	20,71
Pernambuco	53,02	48,09	47,02	52,21
Piauí	64,33	43,65	25,75	23,19
Rio de Janeiro	43,91	98,27	70,74	70,57
Rio Grande do Norte	57,17	64,68	28,72	30,08
Rio Grande do Sul	49,25	46,65	46,03	45,68
Rondônia	68,62	39,79	29,76	36,35
Roraima	70,6	57,65	28,86	24,49
Santa Catarina	27,6	25,24	27,22	28,93
São Paulo	52,19	49,18	39,21	38,92
Sergipe	45,56	30,82	25,05	24,4
Tocantins	47	21,35	13,37	13,47
Total	51,75	47,81	37,52	37,28

<sup>52</sup> IDB 2012. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#demog>> Acesso em 20 mai. 2016.

Fonte: Quadro disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d0202.def>> Acesso em 12 mai. 2015.

Analisaremos a tendência da incidência da tuberculose comparando o ano de 1990 com o ano de 2000; o ano de 2000 com 2010 e o ano de 2010 com 2012. Na comparação entre os anos de 1990 e 2000 houve uma tendência de queda generalizada excetuando o Rio Grande do Norte que elevou de 57,17 para 64,68 e o Rio de Janeiro de 43,91 para 98,27; um aumento muito expressivo e que pode estar relacionado à incidência de HIV, o que exige um estudo complementar. Em 1990 o Amazonas detinha o maior número de casos 94,55 e em 2000 foi ultrapassado pelo Rio de Janeiro 98,27. O resultado final de casos para o Brasil apresentou queda nesta comparação.

A comparação entre os anos de 2000 e 2010 apresentou queda generalizada, excetuando-se Santa Catarina que teve um pequeno aumento de 25,24 para 27,22. O Rio de Janeiro teve uma queda expressiva nesta comparação de 98,27 para 70,74; outros estados que apresentaram uma queda expressiva foram: Acre, Bahia, Maranhão, Piauí, Rio Grande do Norte, Paraíba, Minas Gerais, São Paulo e Mato Grosso. O Rio de Janeiro ainda manteve o maior número de casos no ano de 2010. O Brasil manteve a queda dos casos.

Entre os anos de 2010 e 2012 o Brasil apresentou uma queda discreta dos casos de 37,52 para 37,28. Nesta comparação praticamente ficou dividida ao meio as tendências, 13 Unidades da Federação apresentaram aumento dos índices, sendo que Mato Grosso e Mato Grosso do Sul tiveram uma elevação maior, com um acréscimo de 4 por 100 mil hab. Os demais estados foram: Acre, Amazonas, Amapá, Goiás, Distrito Federal, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Rondônia, Santa Catarina e Tocantins. As 14 Unidades Federativas restantes que apresentaram queda dos índices foram: Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Maranhão, Minas Gerais, Pará, Paraná, Piauí, Roraima, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, São Paulo e Sergipe. O Rio de Janeiro com 70,57 casos/100mil hab. ainda manteve o índice mais alto em 2012 em relação às outras Unidades Federativas.

No geral, o Brasil apresentou queda da taxa de incidência da tuberculose entre os anos 1990 e 2012 e na comparação entre os anos estudados, mas como ainda em 2012 apresenta um valor de 37,28, consideramos que a probabilidade de alcançar um valor inferior a 26,00, meta estabelecida para o ano de 2015, ainda está longe de ser alcançada.

O quadro a seguir apresenta o coeficiente de mortalidade de tuberculose<sup>53</sup> nos anos de 1990, 2000, 2010 e 2014, para o Brasil e Unidades da Federação, apesar do tratamento ser público e gratuito pelo SUS, o tempo para o tratamento ainda é considerado longo, de 6 meses a um ano, o que dificulta a adesão do paciente ao tratamento ou sua finalização; outro fator importante é o fato do tratamento diretamente observado (TDO), recomendado pela OMS, não ter alcançado todas as unidades de saúde da família, em 2011, apenas 45,7% dos casos novos foram acompanhados por meio dessa estratégia (Ministério da Saúde, BVS, 2014).

---

<sup>53</sup> “Para este cálculo o Ministério da Saúde fez uso da 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), e utilizou os códigos referentes à tuberculose (de A15 a A19), sendo eles: ■ A15: tuberculose respiratória com confirmação bacteriológica e histológica; ■ A16: tuberculose das vias respiratórias sem confirmação bacteriológica ou histológica; ■ A17†: tuberculose do sistema nervoso; ■ A18: tuberculose de outros órgãos; ■ A19: tuberculose miliar. Segundo definição da OMS, são entendidas como causas básicas de morte: (1) a doença ou a afecção que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram o indivíduo diretamente à morte; e (2) as circunstâncias do acidente ou da violência que produziu a lesão fatal. As causas associadas compreendem as causas terminais, as intervenientes, as consequenciais e as contribuintes” (Ministério da Saúde, BVS, 2014). Disponível em <[bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama%20tuberculose%20brasil\\_2014.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama%20tuberculose%20brasil_2014.pdf)> Acesso em 20 mai. 2015.

Quadro 6 - Série Histórica do Coeficiente de Mortalidade de Tuberculose, Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de Diagnóstico (1990, 2000, 2010 e 2014).

UF	1990	2000	2010	2014
Acre	3,7	3,6	2	2,4
Alagoas	2,5	2,4	2,9	3,3
Amapá	2,5	1,7	1,9	1,5
Amazonas	3,8	4	3,2	3,3
Bahia	3,8	3,3	2,9	2,1
Ceará	2	2,8	2,8	2,1
Distrito Federal	1,9	1	0,5	0,5
Espírito Santo	2,3	2,3	1,8	2
Goiás	0,9	1,4	0,8	0,9
Maranhão	1,9	2,1	2,8	2,3
Mato Grosso	2,2	3,3	3,2	2,2
Mato Grosso do Sul	2,4	3,3	2,7	2
Minas Gerais	2,4	1,8	1,5	1,1
Pará	3	2,1	2,3	2,6
Paraíba	1,7	1,7	2,3	1,7
Paraná	2	2,5	1,1	1
Pernambuco	4,8	5,4	4	4,2
Piauí	2,6	2,2	2,3	1,5
Rio de Janeiro	9,1	6,7	5,7	5
Rio Grande do Norte	2	2,5	1,9	1,6
Rio Grande do Sul	3,6	3,3	2,4	2,2
Rondônia	4,4	2,8	1,7	1,4
Roraima	3,9	3,4	0,9	0,4
Santa Catarina	1,1	1	1	0,9
São Paulo	4,1	4	2,1	1,8
Sergipe	2,3	1,8	1,9	2,4
Tocantins	0,3	1	0,9	0,7
Brasil	3,6	3,3	2,4	2,1

Fonte: Quadro do MS/SVS/DASIS- Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM atualizado em 27/04/2015. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/mortalidade>> Acesso em 2 jul. 2016.

Para a análise deste quadro procederemos da mesma forma que o quadro anterior, com a comparação entre os anos, Unidades Federativa e a tendência geral do Brasil. Desta forma a comparação entre os anos de 1990 e 2000 apresentou um aumento em 10 estados sendo eles: Amazonas, Ceará, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Paraná, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Tocantins. O coeficiente caiu em 15 estados: Acre, Alagoas, Amapá, Bahia, Distrito Federal, Minas Gerais, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe. E, se manteve em 2: Espírito Santo e Paraíba.

Entre os anos de 2000 e 2010 o coeficiente aumentou em 6 Unidades da Federação, sendo Alagoas, Amapá, Maranhão, Pará, Paraíba, Piauí. Caiu em 19 Unidades Federadas: Acre, Amazonas, Bahia, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Sergipe, São Paulo e Tocantins. E se manteve em 2: Ceará e Santa Catarina.

Para os anos de 2010 e 2014 o coeficiente aumentou em 8 Unidades da Federação: Acre, Alagoas, Amazonas, Espírito Santo, Goiás, Pará, Pernambuco, Sergipe. Caiu em 18: Amapá, Bahia, Ceará, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Paraná, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, São Paulo e Tocantins. E se manteve no Distrito Federal.

Apesar das alternâncias dos coeficientes das Unidades Federativas que ora apresentam queda e ora incremento, prevaleceu para o Brasil uma tendência de queda deste coeficiente nas comparações ano a ano. Podemos destacar também, que Rio de Janeiro, seguido de Pernambuco apresentaram os maiores índices ano a ano, no entanto Rio de Janeiro manteve uma queda constante e Pernambuco apresentou uma alta na comparação entre 1990 e 2000. Um estudo complementar com os índices de HIV poderia mostrar alguma correlação, já que os pacientes portadores de HIV são mais suscetíveis à morte por tuberculose.

Para avaliar a ocorrência das matrículas nos cursos com a temática tuberculose com a epidemiologia da doença e da população, organizamos as informações nos quadros que se seguem. O quadro a seguir dispõe sobre a distribuição das matrículas dos cursos da UNASUS com esta temática por municípios contemplados e por Unidade da Federação.

Quadro 7 - Distribuição das Matrículas dos Cursos da UNASUS com a Temática Tuberculose em Números Absolutos e Percentuais e Municípios Contemplados, por Unidade da Federação.

UF	Munic. Contempl.	Munic. Totais	Munic. (%)	Matrículas 2016	Matrículas 2016 (%)
Acre	15	22	68,18%	62	0,31%
Alagoas	76	102	74,51%	353	1,79%
Amapá	11	16	68,75%	54	0,27%
Amazonas	47	62	75,81%	208	1,06%
Bahia	351	417	84,17%	1718	8,72%
Ceará	172	184	93,48%	1583	8,03%
Distrito Federal	1	1	100,00%	62	0,31%
Espírito Santo	72	78	92,31%	495	2,51%
Goiás	128	246	52,03%	513	2,60%
Maranhão	185	217	85,25%	1003	5,09%
Mato Grosso	95	141	67,38%	425	2,16%
Mato Grosso do Sul	65	78	83,33%	305	1,55%
Minas Gerais	539	853	63,19%	2308	11,71%
Pará	113	143	79,02%	533	2,70%
Paraíba	113	223	50,67%	437	2,22%
Paraná	219	399	54,89%	1263	6,41%
Pernambuco	153	185	82,70%	1052	5,34%
Piauí	109	224	48,66%	501	2,54%
Rio de Janeiro	78	92	84,78%	1217	6,18%
Rio Grande do Norte	110	167	65,87%	492	2,50%
Rio Grande do Sul	228	496	45,97%	1094	5,55%
Rondônia	30	52	57,69%	156	0,79%
Roraima	14	15	93,33%	102	0,52%
Santa Catarina	170	293	58,02%	851	4,32%
São Paulo	341	645	52,87%	2521	12,79%
Sergipe	54	75	72,00%	182	0,93%
Tocantins	65	139	46,76%	215	1,09%
Total	3554	5565	63,86%	19705	100,00%

Fonte: Quadro elaborado pela autora com dados disponíveis em <[www.unasus.gov.br](http://www.unasus.gov.br)> Acesso em 02 de jun. 2016.

A média aproximada de matrículas por município participante foi de 5,54 matrículas/município. Dentre as Unidades da Federação 10 apresentaram matrículas inferior a 2,00%: Amapá, Acre, Distrito Federal, Roraima, Rondônia, Sergipe, Amazonas, Tocantins, Mato Grosso do Sul e Alagoas, em ordem crescente. Enquanto outras 7 Unidades da Federação tiveram matrículas entre 2,01 e 3,99%: Mato Grosso, Paraíba, Rio Grande do Norte, Espírito Santo, Piauí, Goiás e Pará. Outras 4 Unidades da Federação ficaram entre 4,00 e 5,99%: Santa Catarina, Maranhão, Pernambuco e Rio Grande do Sul e 5 Unidades da Federação entre 6,00 e 9%: Rio de Janeiro, Paraná, Ceará, Bahia, Minas Gerais.

Assim, observamos que os cursos com a temática tuberculose somaram 19.705 matrículas, distribuídas em 3.554 dos 5.570 municípios brasileiros, o que demonstra uma desconcentração destas no território nacional. Os dois grupos que mais se destacam são das 10 Unidades Federativas que apresentaram matrículas inferiores a 2,00% e das 7 Unidades da Federação que tiveram matrículas entre 2,01 e 3,99%, ou seja, a maior parte das Unidades Federativas do país se concentra no grupo de municípios que estão abaixo dos 3,99% de matrículas. Entendemos que, esses dados revelam que no caso dos cursos relacionados à tuberculose oferecidos pela UNA-SUS há uma baixa procura em relação à incidência das doenças que ainda é alta dentro dos parâmetros nacionais e internacionais.

Por fim, apresentaremos a seguir o último quadro acerca da temática tuberculose com o objetivo de analisar se há correlação entre a distribuição das matrículas com a percentagem da população por Unidade da Federação e a incidência da tuberculose.

Quadro 8 - Distribuição por Unidade da Federação: Matrículas (%) no Curso com a Temática Tuberculose, População Total (%) em 2012 e Incidência da Tuberculose (casos/100 mil hab.) em 2012.

UF	Matrículas (%)	População total (%)	Incidência TB
Acre	0,31%	0,39%	45,73
Alagoas	1,79%	1,63%	35,07
Amapá	0,27%	3,61%	29,49
Amazonas	1,06%	1,85%	67,64
Bahia	8,72%	7,31%	35,44
Ceará	8,03%	4,44%	40,76
Distrito Federal	0,31%	1,37%	14,01
Espírito Santo	2,51%	1,84%	35,07
Goiás	2,60%	3,17%	15,08
Maranhão	5,09%	3,46%	29,00
Mato Grosso	2,16%	1,61%	42,66
Mato Grosso do Sul	1,55%	1,29%	37,08
Minas Gerais	11,71%	10,24%	18,80
Pará	2,70%	0,40%	44,96
Paraíba	2,22%	1,97%	30,06
Paraná	6,41%	5,45%	20,71
Pernambuco	5,34%	4,60%	52,21
Piauí	2,54%	1,63%	23,19
Rio de Janeiro	6,18%	8,37%	70,57
Rio Grande do Norte	2,50%	1,66%	30,08
Rio Grande do Sul	5,55%	5,55%	45,68
Rondônia	0,79%	0,82%	36,35
Roraima	0,52%	0,24%	24,49
Santa Catarina	4,32%	3,29%	28,93
São Paulo	12,79%	21,60%	38,92
Sergipe	0,93%	1,09%	24,40
Tocantins	1,09%	0,73%	13,47
Total	100,00%	100,00%	37,28

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir de dados disponíveis em <www.unasus.gov.br> Acesso em 02 de jun. 2016; <em http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/a01.def> Acesso em 02 de jun. 2016; <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d0202.def> Acesso em 12 mai. 2015.

A análise do Quadro 8 foi feita a partir de sete categorias, dentro dos parâmetros de incidência da doença por 100 mil/habitantes que vai do valor de 13,47 a 70,57 e da percentagem de matrícula por Unidade da Federação que vai de 0,27% a 12,79%. Assim, a categoria “baixa matrícula e baixa incidência” foi a mais significativa com 12 Unidades Federativas: Amapá, Roraima, Sergipe, Tocantins, Piauí, Distrito Federal, Santa Catarina, Paraíba, Rio Grande do

Norte, Alagoas, Espírito Santo e Goiás. A categoria “baixa matrícula e média incidência”, compreende 6 Unidades da Federação: Acre, Rondônia, Mato Grosso do Sul, Pará, Mato Grosso e Rio Grande do Sul, enquanto a categoria “baixa matrícula e alta incidência” foi representada somente pelo Amazonas.

A categoria “média matrícula e baixa incidência” abarca o Maranhão e Paraná e a categoria ‘média matrícula e alta incidência’, Pernambuco e Rio de Janeiro. Por fim, Bahia e Minas Gerais fazem parte da categoria “alta matrícula e baixa incidência” e, Ceará e São Paulo da categoria ‘alta matrícula e média incidência’.

Assim, das 27 Unidades da Federação 13 demonstraram relação entre as matrículas e incidência, sendo 12 delas com baixa matrícula e baixa incidência e uma com baixa matrícula e alta incidência que foi o Amazonas. As demais Unidades Federativas (14) não demonstraram uma tendência entre matrículas e incidência da tuberculose. Podemos concluir então, que em linhas gerais, houve uma tendência de relação entre o percentual de matrículas e o percentual da população, o que caracteriza certa homogeneidade na distribuição de matrículas no território nacional. Diferente do que constatamos anteriormente em relação às matrículas e a população, que manteve uma tendência mais uniforme.

### 3.7.4 Zika no Cenário Mundial e Nacional

O vírus da febre Zika<sup>54</sup> (ZIKV) foi identificado pela primeira vez em macaco *Rhesus* e mosquito *Aedes* na Floresta Zika em Uganda na África em 1947, e em 1954 isolado em humano na Nigéria. Entre 1951 a 1981 foi encontrado em outros países da África e Ásia. Em 2007 saiu da área endêmica, Ásia e África, e causou um surto em uma ilha da Micronésia, sem óbitos e internações. Os sintomas assemelhavam-se ao da dengue, mas testes sorológicos afastaram esta suspeita e confirmaram a presença de ARN (ácido ribonucleico) de vírus Zika, os testes afastaram a hipótese de vírus Chikungunya e Ross River. Em 2014 foram confirmados 49 casos de Zika na Polinésia francesa e o seu potencial de disseminação está relacionado à presença do mosquito vetor *Aedes aegypti*, mas o seu potencial como um vírus e agente da doença era até então desconhecido (MINAS GERAIS, s/d).

---

<sup>54</sup> De acordo com Luz, Santos e Vieira (2015), o vírus Zika (ZIKV) é um arbovírus (siglas em inglês de arthropod-borne-virus) emergente, pertencente ao sorocomplexo Spondweni, gênero Flavivirus, família Flaviviridae, que apresenta relação genética e sorológica com outros flavivírus de importância em saúde pública como o vírus da dengue, o da febre amarela e o do oeste do Nilo.

De acordo com as informações disponíveis no Portal da Saúde (2016) o Zika vírus foi identificado no Brasil em 29 de abril de 2015 por pesquisadores da Universidade Federal da Bahia (UFBA) com amostras testadas provenientes da região de Camaçari. Em 9 de maio de 2015 a Fiocruz/PR identifica amostras de Natal/RN e em 20 de maio do mesmo ano o Instituto Adolfo Lutz/SP identifica amostras originadas em Sumaré/SP. O Instituto Evandro Chagas/SVS/MS, laboratório de referência nacional, ratifica os resultados. A partir de então outros estados passam a identificar a circulação de casos suspeitos da febre Zika. No entanto, o médico Carlos Brito durante o curso disponível sobre Zika na UNA-SUS reporta casos de doenças exantemáticas<sup>55</sup> e com pruridos compatíveis com Zika desde o final de 2014:

No segundo semestre de 2014, uma nova doença febril foi registrada em algumas cidades do Nordeste brasileiro. As manifestações clínicas dessa doença não preenchiam os critérios para uma doença exantemática clássica, como o sarampo, a rubéola, a escarlatina ou exantema súbito. Apesar de a região Nordeste ser uma área endêmica para o vírus da dengue (DENV), algumas avaliações sorológicas para o DENV foram negativas (LUZ, SANTOS, VIEIRA, 2015, p.785).

O vírus Zika usa o mosquito *Aedes aegypti* como vetor e, encontrou no território brasileiro as condições ideais para sua disseminação, o que levou a uma circulação rápida e graves consequências para as pessoas acometidas. Diferente da ocorrência em outros países, por uma provável mutação genética do vírus, verificou-se a relação entre este e o aumento de casos de microcefalia em neonatais. A doença desencadeada pelo vírus Zika passou a ser de notificação compulsória no início de 2016 de acordo com a Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, (BRASIL, 2016a). Os casos suspeitos em gestantes e os óbitos são de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, os casos notificados são atualizados por semana epidemiológica e disponibilizados no Portal do Ministério da Saúde, juntamente com um boletim sobre a sua evolução (BRASIL, 2016b).

Teixeira (2016) alerta para os dados epidemiológicos encontrados após 6 meses da notificação da Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco (SES/PE) sobre a epidemia de microcefalia, de acordo com os dados da Semana epidemiológica 14 de 2016 disponibilizados pelo Ministério da Saúde:

---

<sup>55</sup>As doenças exantemáticas são doenças infecciosas cujo exantema (manifestações cutâneas) é essencial para o diagnóstico. As principais são sarampo, rubéola, varicela, enterovirose, escarlatina e febre escarlatina (SÃO PAULO (Estado), 2007).

(...) todas as Unidades Federadas do país já notificaram casos, distribuídos em 1285 municípios, sendo 897 situados na Região Nordeste. Em síntese, até semana epidemiológica 14 de 2016, foram notificados ao Ministério da Saúde 7015 casos de microcefalia, dos quais apenas 45,3% (3.179) foram investigados e 1.113 confirmados. No que se refere aos óbitos já são 235 notificações com 50 confirmações entre os 80 investigados (TEIXEIRA, 2016, p. 32)

Em 2016 o vírus Zika se disseminou na América Latina e a Colômbia já notificou 11 casos de neonatais com microcefalia associados ao vírus entre as semanas epidemiológicas 1-24 de 2016 e um confirmado aumento de casos de microcefalia comparado ao mesmo período do ano anterior (PAHO, 2016).

Diante dos achados epidemiológicos no Brasil, o Ministério da Saúde desenvolveu um protocolo para notificação dos casos de microcefalia, “com informações gerais, orientações técnicas e diretrizes relacionadas às ações de vigilância das microcefalias e vigilância de vírus zika em gestante, em todo território nacional” (BRASIL, 2016d, p.9).

De acordo com o Boletim Epidemiológico, semana epidemiológica 16 de 2016 (BRASIL, 2016c), o Ministério da Saúde reconhece a gravidade da situação e elenca atividades para o enfrentamento desta nova situação epidemiológica, desde o combate ao mosquito *Aedes*; como a disponibilização de verbas; instalação da Sala Nacional de Coordenação e Controle, com o objetivo de gerenciar e monitorar a intensificação das ações de mobilização e combate ao mosquito *Aedes aegypti* e elaboração e disponibilização do curso virtual na plataforma da UNA-SUS “Zika: abordagem clínica na Atenção Básica”, o qual faz parte do nosso objeto de estudo e será abordado a seguir.

#### **3.7.4.1 UNA-SUS e Zika**

Por ser uma doença emergente e por isso, provavelmente, os profissionais da rede de atenção básica do SUS não a terem estudado em sua formação, a UNA-SUS oferece em sua plataforma educacional o curso “Zika: abordagem clínica na atenção básica” para que esses profissionais tenham uma base de conhecimento acerca de sua origem, disseminação, ações para controle e prevenção, bem como suas consequências. A seguir abordaremos os principais aspectos do curso sobre Zika oferecido pela UNA-SUS e posteriormente confrontaremos a frequência do curso por unidade da federação com a ocorrência epidemiológica da doença.

### 3.7.4.1.1 Zika: abordagem clínica na atenção básica

Este curso foi organizado pela UNA-SUS, Fiocruz Mato Grosso do Sul, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), como parte das ações para o combate ao vírus Zika. De acordo com as informações contidas no *site* da UNA-SUS o curso está disponível desde 18 de fevereiro de 2016 e a oferta se encerrará em 17 de fevereiro de 2017.

As atividades estão disponíveis na modalidade EaD, autoinstrucional, com carga horária de 45 horas, divididas em quatro módulos, com acesso irrestrito - mesmo para quem não é profissional do SUS - mediante cadastro, avaliação objetiva e certificação *on-line*. Disponibiliza ainda material complementar, como vídeos e livros na biblioteca virtual, casos clínicos e notícias da mídia. Pode ser acessado em qualquer momento, lugar e equipamento, inclusive no telefone celular. É possível fazer *download* dos textos para se utilizar dele *off-line*.

Os módulos compreendem: Aspectos epidemiológicos, promoção à saúde e prevenção de infecção pelo vírus Zika; Quadro clínico e Abordagem a pessoas infectadas com vírus Zika; Os cuidados com as gestantes com suspeita ou confirmação de infecção pelo vírus Zika e do recém-nascido com microcefalia; e, Vigilância da infecção pelo vírus Zika e suas complicações.

No módulo I os seguintes aspectos são abordados: distribuição da doença no Brasil e no mundo; características e tropismo do vírus; modo de transmissão, período de incubação, fisiopatologia, tipo de imunidade relativa à doença; população de risco; notificação e investigação epidemiológica; meios de proteção individual e coletiva; combate ao mosquito (uso de repelentes, telas, vestimentas, eliminação de criadouros, outros); estratégias de comunicação e mobilização comunitária; educação permanente da equipe.

O módulo II compreende: quadro clínico; diagnósticos diferenciais (Dengue, Chikungunya, Zika); exames laboratoriais; apoio Tele Saúde; Tratamento da população geral com suspeita ou confirmação de infecção pelo vírus Zika; planejamento reprodutivo (população-alvo: mulheres e homens adultos e adolescentes); diagnóstico precoce de gravidez e captação para acompanhamento pré-natal; busca ativa de gestantes faltantes ao pré-natal; protocolo de rotina para seguimento da gestante na atenção básica com suporte de equipe multiprofissional.

O módulo III trata sobre: seguimento da gestante com exantema na gestação (sorologia para TORCHS - toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus e sífilis), sorologia para

dengue e chikungunya, PCR realizado até o quinto dia (ZIKA); diagnóstico de microcefalia no recém-nascido (aferação de perímetro cefálico, investigação laboratorial e de imagem); apoio ao aleitamento materno nos casos de suspeita ou confirmação de infecção pelo vírus Zika; apoio psicossocial à puérpera e seus pares com recém-nascido com microcefalia; como comunicar a notificação da doença aos familiares; avaliação neurológica da criança; triagem neonatal (teste do pezinho, orelhinha e olhinho); indicações para estimulação precoce; acompanhamento de recém-nascidos e crianças com microcefalia (puericultura, registros na caderneta de saúde da criança, vacinação, entre outros).

O módulo IV compreende: notificação compulsória; instrumentos específicos de notificação de suspeita e confirmação; vigilância de complicações decorrentes da infecção pelo vírus Zika; atuação do profissional sentinela na identificação de complicações.

No que diz respeito à educação permanente do participante do módulo I as estratégias definidas são abordar as informações sobre a doença em todos os grupos de trabalho da unidade em que esse profissional atua, inclusive por meio das redes sociais, principalmente a partir do destaque da importância do controle do vetor, que provoca três doenças (dengue, chikungunya e zika). Além disso, o Ministério da Saúde recomenda que o profissional que tenha concluído o curso atue como um porta-voz da sua equipe na unidade da saúde onde trabalha frente à comunidade do entorno, para repassar informações gerais, inclusive sobre os riscos de automedicação e a necessidade de procurar o serviço de saúde:

A equipe de saúde precisa estar capacitada para acolher e reconhecer os sintomas de infecção pelo vírus Zika, assim como realizar os protocolos de atenção voltados à dengue e a notificação dos casos. O cuidado às pessoas doentes deve ser pautado na resolutividade das necessidades em saúde que a pessoa apresenta. De igual importância é o papel de difusora de conhecimentos sobre a doença (UNA-SUS, 2016, módulo I, unidade 9).

A partir dessa descrição do curso podemos observar que diferentes aspectos referentes ao vírus Zika são abordados, consideramos que os objetivos propostos são devidamente contemplados nos diferentes módulos. Entendemos que um dos propósitos é de suma importância para o combate da doença que é o combate ao *Aedes*, contudo a nosso ver essa questão poderia ser tratada como uma política pública mais ampla e perene, posto que envolve outras doenças com alcance em todo território nacional.

### 3.7.4.2 Análise das Ofertas dos Cursos com a Temática Zika, Mediante a Distribuição da População Brasileira

Após expormos a descrição e características do vírus Zika e o curso da UNA-SUS que aborda essa temática, desenvolveremos nesse tópico a análise da relação entre a distribuição de matrículas no referido curso com a incidência da doença e a distribuição da população acometida por Unidade Federativa.

De acordo com o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância Sanitária sobre a Semana Epidemiológica 23<sup>56</sup>, a transmissão autóctone<sup>57</sup> de febre pelo vírus Zika foi confirmada a partir de abril de 2015. Até a Semana Epidemiológica 23 (SE 23) de 2016, os casos prováveis de Zika alcançaram uma taxa de incidência de 81,2 casos/100 mil habitantes, totalizando 165.932 casos suspeitos e 66.180 confirmados, distribuídos em 1850 municípios. Quanto às gestantes<sup>58</sup>, em 2016, até o período citado, de 13.973 casos prováveis, 5925 foram confirmados. O Quadro a seguir expõe a taxa de incidência de casos suspeitos de febre pelo vírus Zika, por região e Unidade da Federação (Brasil d, 2016)).

---

<sup>56</sup> O Ministério da Saúde junto com a Secretaria de Vigilância Sanitária define a Semana Epidemiológica para cada ano. Em 2016, a Semana Epidemiológica 23 corresponde ao período de 3/1/2016 a 11/06/2016. Disponível em <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/calendario\\_epidemiologico/calendario-epidemiologico-2016.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/calendario_epidemiologico/calendario-epidemiologico-2016.pdf)> Acesso em 2 jul. 2016.

<sup>57</sup> Transmissão Autóctone ocorre quando a transmissão de uma doença se dá dentro do território nacional (SÃO PAULO (Estado), 2007).

<sup>58</sup> Para os casos de microcefalia está disponível o Informe Epidemiológico sobre o Monitoramento de Casos de Microcefalia no Brasil no Portal da Saúde do Ministério da Saúde. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/22367-informacoes-sobre-o-boletim-epidemiologico-de-microcefalia>> Acesso em 2 jul. 2016.

Quadro 9 - Taxa de incidência de febre pelo vírus Zika, por Unidade da Federação, até a Semana Epidemiológica 23 de 2016.

UF	Casos (n)	Incidência (/100 mil hab.)
Acre	846	105,3
Alagoas	3847	115,1
Amapá	189	24,7
Amazonas	3713	94,3
Bahia	46427	305,4
Ceará	2358	26,5
Distrito Federal	367	12,6
Espírito Santo	2166	55,1
Goiás	4132	62,5
Maranhão	2840	41,1
Mato Grosso	19985	612,0
Mato Grosso do Sul	762	28,7
Minas Gerais	12891	61,8
Pará	2121	25,9
Paraíba	2889	72,7
Paraná	1935	17,3
Pernambuco	394	4,2
Piauí	241	7,5
Rio de Janeiro	46027	278,1
Rio Grande do Norte	2342	68,0
Rio Grande do Sul	360	3,2
Rondônia	898	50,8
Roraima	83	16,4
Santa Catarina	97	1,4
São Paulo	4736	10,7
Sergipe	491	21,9
Tocantins	2795	184,5
Brasil	165932	81,2

Fonte: (Brasil, 2016d) Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/15/2016-boletim-epi-n28-dengue-chik-zika-se23.pdf>> Acesso em 6 jul. 2016

Conforme demonstram os dados quanto à distribuição da doença entre as Unidades da Federação, Mato Grosso (612,0 casos/100 mil hab.) é que apresenta maior taxa de incidência, seguido pela Bahia (305,4 casos/100 mil hab.), Rio de Janeiro (278,1 casos/100 mil hab.), Tocantins (184,5 casos/100 mil hab.) e Amazonas (94,3 casos/100 mil hab.). Sendo que os estados federativos com menor incidência são Santa Catarina (1,4 casos/100 mil hab.), seguido do Rio Grande do Sul (3,2 casos/100 mil hab.), Pernambuco (4,2 casos/100 mil hab.), Piauí (7,5 casos/100 mil hab.) e São Paulo (10,7 casos/100 mil hab.).

Podemos constatar então, que a abrangência da Zika não é homogênea no território nacional, contudo percebe-se que Unidades Federativas de clima mais quente e úmido tem uma incidência maior, enquanto dois estados do sul do país, que é uma região de clima mais frio apresentam taxas menores. O que nos causou estranhamento foram os dados referentes a Pernambuco e Piauí serem baixos em relação a Unidades Federativas da mesma região geográfica.

O quadro a seguir objetiva compreender a relação da distribuição das matrículas do curso com a temática Zika ofertado pela UNA-SUS, com a quantidade de municípios contemplados, dentro do percentual da população em 2012, por Unidade da Federação.

Ao analisar o Quadro 10 constatamos que as matrículas do curso com a temática Zika alcançaram 3.279 municípios dos 5.570 municípios totais do Brasil, esse dado demonstra que há uma grande quantidade de municípios que não aderiram ao curso. As Unidades Federativas que tiveram mais municípios que aderiram ao curso foram Minas Gerais (509), São Paulo (351), Bahia (294), Paraná (210) e Rio Grande do Sul (197); as que menos tiveram municípios participantes foram Roraima e Amapá (ambos com 11), Acre (14), Rondônia (37) e Amazonas (38).

O levantamento apresentado no Quadro 10 não informa quais os municípios, em cada estado, que tiveram participantes nos cursos; igualmente, no Quadro 09, não há referência de casos por municipalidade. Porém, é possível determinar os cinco estados que apresentam percentuais maiores de municípios com participantes: Rio de Janeiro (91,3%), Ceará (89,6%), Espírito Santo (85,9%), Mato Grosso do Sul (77,2%) e Pernambuco (75,6%). É, igualmente, possível indicar os que apresentaram menores percentuais: Tocantins (35,9%), Rio Grande do Sul (39,6%), Piauí (42,8%), Santa Catarina (44,4%) e Goiás (48,3%).

Comparando os Quadros 9 e 10 observamos que o Rio de Janeiro está entre os cinco estados com maior incidência e dentre os que apresentam percentuais mais elevados de municípios contemplados; por outro lado, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Piauí estão entre os estados com menor número de incidências bem como no rol dos que apresentam percentuais menores de municípios contemplados.

Quadro 10 - Distribuição das Matrículas do Curso com a Temática Zika, Quantidade de Municípios Contemplados e Percentual da População por Unidade da Federação.

UF	Municípios Contemplados	Matrículas	População total %
Acre	14	34	0,39%
Alagoas	72	294	1,63%
Amapá	11	46	3,61%
Amazonas	38	156	1,85%
Bahia	294	1073	7,31%
Ceará	165	1066	4,44%
Distrito Federal	1	83	1,37%
Espírito Santo	67	366	1,84%
Goiás	119	458	3,17%
Maranhão	140	512	3,46%
Mato Grosso	85	266	1,61%
Mato Grosso do Sul	61	233	1,29%
Minas Gerais	509	2034	10,24%
Pará	97	360	0,40%
Paraíba	137	433	1,97%
Paraná	210	1036	5,45%
Pernambuco	140	918	4,60%
Piauí	96	326	1,63%
Rio de Janeiro	84	1389	8,37%
Rio Grande do Norte	122	511	1,66%
Rio Grande do Sul	197	701	5,55%
Rondônia	37	207	0,82%
Roraima	11	69	0,24%
Santa Catarina	131	508	3,29%
São Paulo	351	2041	21,60%
Sergipe	40	153	1,09%
Tocantins	50	193	0,73%
Brasil	3279	15466	100%

Fonte: Quadro elaborado pela autora com dados disponíveis em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#mort>> Acesso em 29 jan. 2016 e <[www.unasus.gov.br](http://www.unasus.gov.br)> Acesso em 20 jun. 2016.

O quadro a seguir foi elaborado com o intuito de observarmos a relação entre a incidência da Zika por 100 mil/ habitantes e a percentagem de matrículas em cada Unidade da Federação, para estabelecermos se há congruência entre esses dados.

Quadro 11 - Relação entre a incidência da Zika (/100 mil habitantes e as matrículas no curso da UNA-SUS por Unidade da Federação.

UF	Incidência (/100 mil hab.)	Matrículas (%)
Santa Catarina	1,4	3,28%
Rio Grande do Sul	3,2	4,53%
Pernambuco	4,2	5,94%
Piauí	7,5	2,11%
São Paulo	10,7	13,20%
Distrito Federal	12,6	0,54%
Roraima	16,4	0,45%
Paraná	17,3	6,70%
Sergipe	21,9	0,99%
Amapá	24,7	0,30%
Pará	25,9	2,33%
Ceará	26,5	6,89%
Mato Grosso do Sul	28,7	1,51%
Maranhão	41,1	3,31%
Rondônia	50,8	1,34%
Espírito Santo	55,1	2,37%
Minas Gerais	61,8	13,15%
Goiás	62,5	2,96%
Rio Grande do Norte	68,0	3,30%
Paraíba	72,7	2,80%
Amazonas	94,3	1,01%
Acre	105,3	0,22%
Alagoas	115,1	1,90%
Tocantins	184,5	1,25%
Rio de Janeiro	278,1	8,98%
Bahia	305,4	6,94%
Mato Grosso	612,0	1,72%
Brasil	81,2	100,00%

Fonte: Quadro elaborado pela autora com dados disponíveis em <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/calendario\\_epidemiologico/calendario-epidemiologico-2016.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/calendario_epidemiologico/calendario-epidemiologico-2016.pdf)> Acesso em 2 jul. 2016 e <[www.unasus.gov.br](http://www.unasus.gov.br)> Acesso em 20 jun. 2016.

A análise do Quadro 11 foi feita a partir de quatro categorias, dentro dos parâmetros de incidência da doença por 100 mil/habitantes que vai do valor de 1,4 a 612 e da percentagem de matrícula por Unidade da Federação que vai de 0,22% a 13,20%. Na categoria “baixa incidência para alta matrícula” se encontram os estados federativos São Paulo, Paraná e Minas Gerais. Na categoria “baixa incidência e baixa matrícula” estão o Distrito Federal, Roraima, Sergipe, Amapá, Pará, Ceará, Mato Grosso do Sul, Maranhão, Rondônia, Espírito Santo, Goiás, Rio Grande do Norte, Paraíba, Amazonas, Acre, Alagoas, Tocantins, Mato Grosso, Santa Catarina,

Rio Grande do Sul e Piauí. A categoria “média incidência e alta matrícula” inclui somente o Rio de Janeiro e a categoria “média incidência e média matrícula”, comporta as Unidades Federativas Bahia e Pernambuco.

Os dados então revelam que a categoria “baixa incidência e baixa matrícula” é mais significativa ao abarcar 22 Unidades Federativas. A categoria “baixa incidência para alta matrícula” se destaca por conter dois estados federativos, São Paulo e Minas Gerais, populosos da região sudeste do país e o Paraná que pertence ao sul, sendo que o primeiro se destaca por ser o estado que apresenta a mais alta taxa de matrícula. E a categoria “média incidência e média matrícula” concentra dois dos estados mais populosos e desenvolvidos economicamente na região nordeste. Assim, podemos perceber que, no geral, há uma congruência de Unidades Federativas com baixa incidência da Zika, terem efetuado uma taxa baixa de matrículas.

### 3.7.5 População Idosa no Cenário da Projeção Demográfica no Brasil

A relevância sobre a transição demográfica no Brasil é de tal porte que um primeiro levantamento no *site* de pesquisa *google acadêmico*<sup>59</sup> retornou mais 12.000 publicações para a busca “*transição demográfica scielo*”, sendo 543 em 2016, e destas 527 são sobre o *Brasil*. De acordo com o IBGE (2009) o Brasil experimentou uma forte transição demográfica em poucas décadas:

A radical transformação do padrão demográfico corresponde a uma das mais importantes modificações estruturais verificadas na sociedade brasileira, com reduções na taxa de crescimento populacional e alterações na estrutura etária, com crescimento mais lento do número de crianças e adolescentes, paralelamente a um aumento da população em idade ativa e de pessoas idosas (IBGE, 2009, p. 23).

A partir de 1940, quando ocorre queda da mortalidade de 21 para 10 por mil habitantes, ocorreram também fatores como a regulamentação dos direitos trabalhistas, maior infraestrutura urbana e investimentos no sistema de saúde e previdência social e avanços na indústria químico-farmacêutica, com o desenvolvimento de vacinas e novos antibióticos, que permitiram evitar ou

<sup>59</sup>

Disponível em  
<[https://scholar.google.com.br/scholar?q=transi%C3%A7%C3%A3o+demogr%C3%A1fica+scielo&hl=pt-&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholar&sa=X&ved=0ahUKEwj9jbvApYzOAhUckZAKHUHOAr4QgQMIGjAA](https://scholar.google.com.br/scholar?q=transi%C3%A7%C3%A3o+demogr%C3%A1fica+scielo&hl=pt-&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ved=0ahUKEwj9jbvApYzOAhUckZAKHUHOAr4QgQMIGjAA)>  
Acesso em 16 jun. 2016.

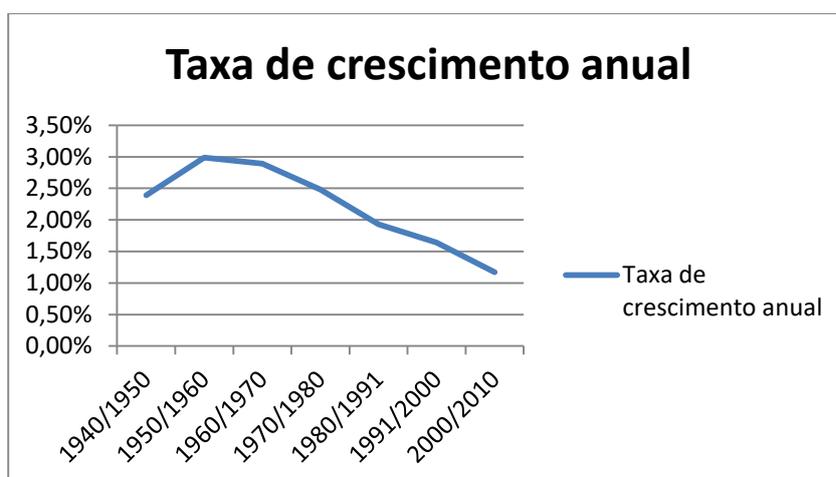
curar determinadas doenças (IBGE, 2009). Este declínio significativo perdurou até os anos de 1960, mas a fecundidade praticamente manteve-se no mesmo patamar (WONG e CARVALHO, 2006).

A partir de 1970 nas regiões mais desenvolvidas do Brasil verificou-se uma queda na taxa de fecundidade, acompanhada por outras regiões menos desenvolvidas a partir da década de 1980, essa queda manteve-se até 2000, em 30 anos houve uma decréscimo de 60% na taxa de nascimento do país (WONG e CARVALHO, 2006). De acordo com dados disponíveis do IBGE (2009) essa taxa de fecundidade refletiu no crescimento populacional, somado a isto a expectativa de vida de pessoas com mais de 65 anos tem se elevado, o que levou a uma mudança na composição da estrutura etária.

Essa mudança tem impactos nos investimentos sociais, o que inclui educação e saúde. Estudos têm apontado a oportunidade demográfica, dita janela demográfica e bônus populacional, essas situações tendem a reduzir a pressão por novos empregos pela parcela jovem reduzida da população e permite ao Estado investir mais e melhor tendo em vista uma estrutura física educacional montada, diante de uma menor procura, o que deveria ser também uma oportunidade para investir em condições de trabalho, salários e qualificação dos profissionais do ensino fundamental e médio. Diversificar o investimento, como no ensino técnico poderia resultar numa mão de obra com alta qualificação em países como o Brasil que apresenta também diversidade na atividade econômica (BOWMAN, 1987 apud WONG, CARVALHO, 2006).

Até 2010 o IBGE (2012) registrou queda na taxa média geométrica de crescimento anual no Brasil, podemos conferir o comportamento desta taxa desde 1940 até 2010 no Gráfico a seguir.

Gráfico 1 - Taxa Média Geométrica de Crescimento Demográfico Anual no Brasil (1940-2010).

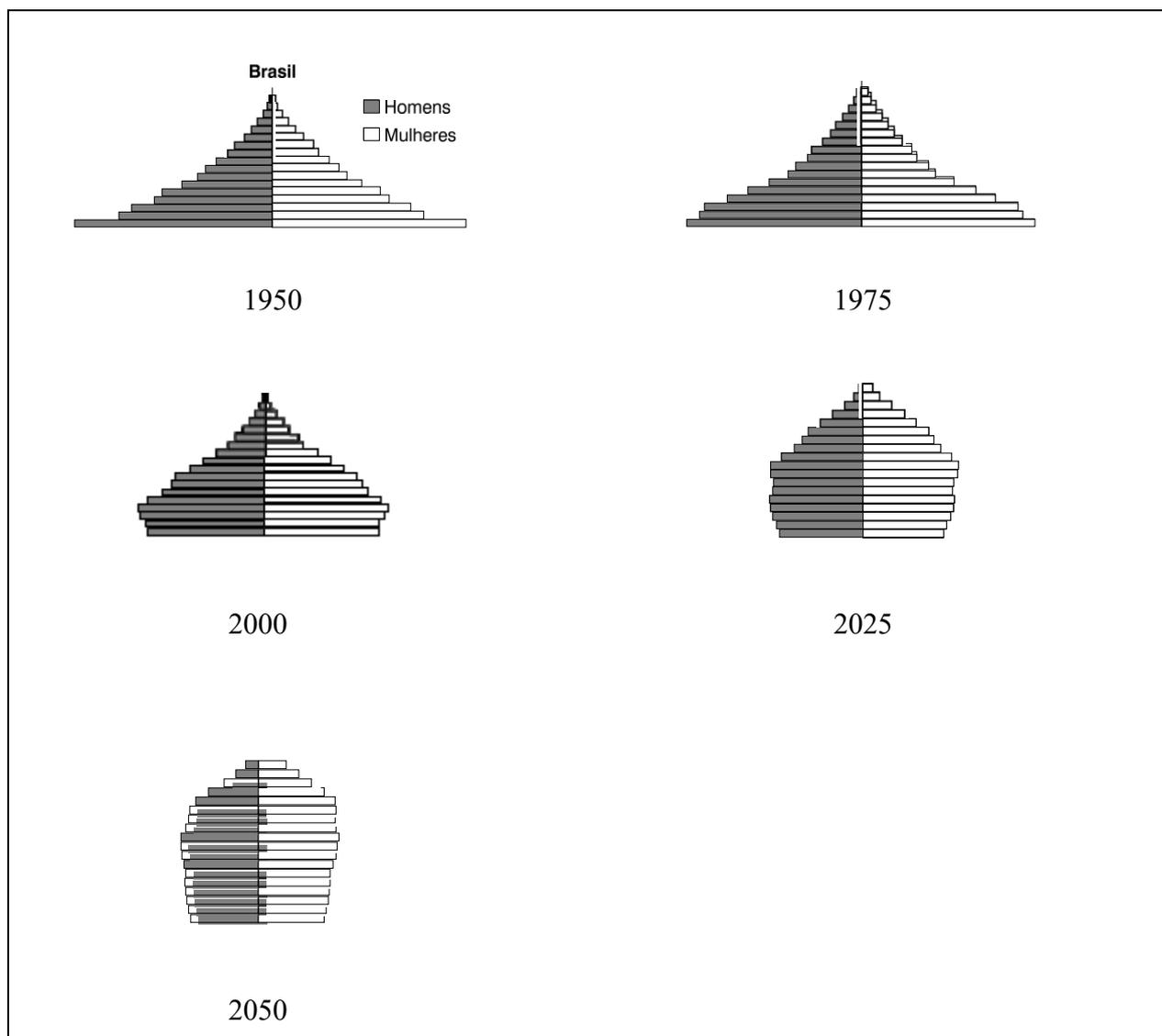


Fonte: Gráfico elaborado pela autora a partir de dados disponíveis em <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=CD106>> Acesso em 20 mai. 2016.

Assim, no Gráfico 1 podemos constatar que no período na década 1940/1950 a taxa de crescimento anual foi de 2,39%, com um aumento no decênio seguinte de 2,99%, a partir daí houve uma taxa decrescente consecutiva de crescimento populacional, nos anos 1960/1970 a taxa foi de 2,89%, na década seguinte caiu para 2,48%, em 1980/1991 a taxa teve um decréscimo maior ainda indo para 1,93% e continuou abaixando ao alcançar 1,64% em 1991/2000, alcançando por fim 1,17% na década de 2000/2010.

Ao observarmos essa tendência de queda, consideramos que a elaboração de políticas públicas em diferentes áreas deveria levar em conta uma previsão populacional futura. De acordo com as projeções levantadas por Wong e Carvalho (2006) tendo como fonte Dados Brutos das Nações Unidas de 2003 o quadro brasileiro populacional seguiria o desenho do Gráfico a seguir até o ano 2050.

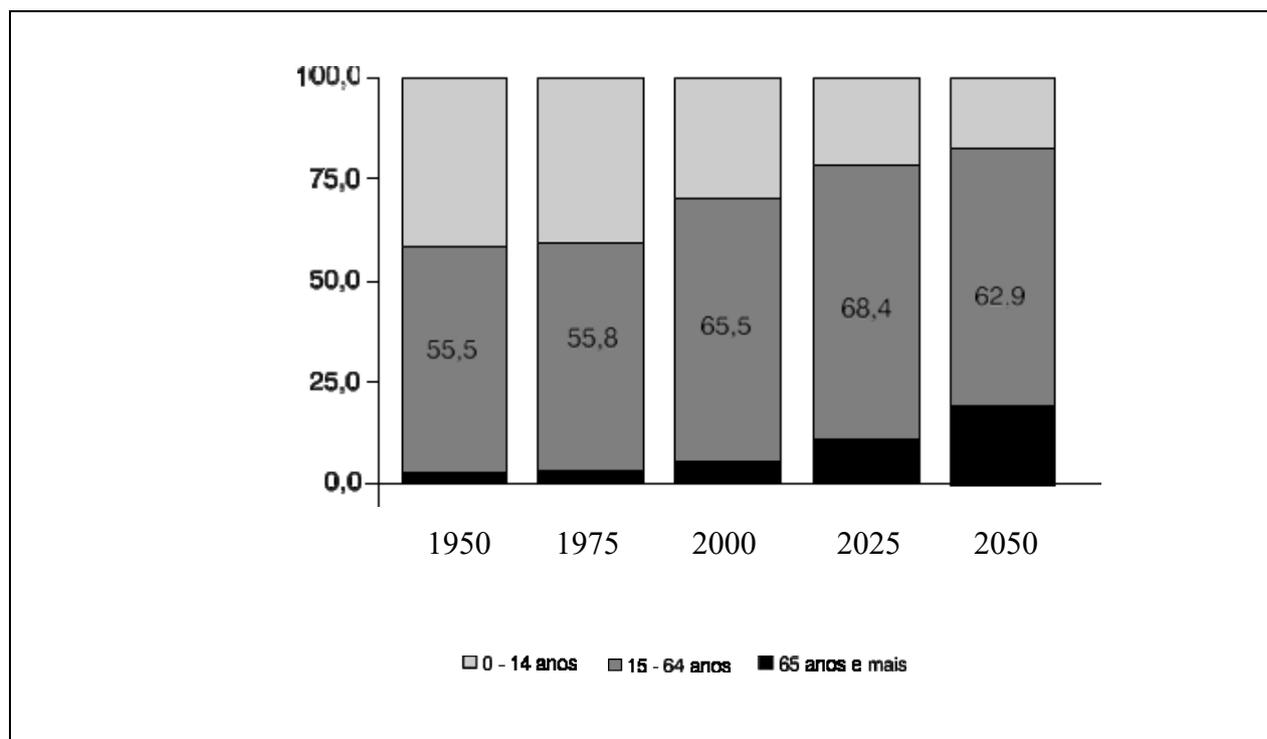
Gráfico 2 - Pirâmide Etária da População, por Sexo Brasil, 1950-2050.



Fonte: WONG e CARVALHO, 2006, p. 6. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982006000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982006000100002&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 18 jul. 2016.

É possível perceber que até a base da pirâmide encolher, a sua parte mais elevada alarga nesta projeção até 2050, isso significa que se esta projeção estiver correta, a faixa de pessoas idosas na população total será altíssima. Para melhor visualizarmos esse processo Wong e Carvalho (2006) trazem um gráfico com a distribuição por faixa etária demonstrando desta projeção, exibido a seguir.

Gráfico 3 - Distribuição da população, por grupos etários Brasil – 1950-2050.



Fonte: WONG e CARVALHO, 2006, p. 9. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982006000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982006000100002&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 18 jul. 2016.

De acordo com o Gráfico 3, a parcela economicamente ativa da população (15-64 anos) crescerá até 2025, enquanto a parcela dependente da população (0-14 anos e 65 anos ou mais) se torna mais expressiva na previsão para 2050. A percentagem de idosos praticamente duplicará entre 2000 e 2025 e, quadriplicará entre 2000 e 2050. Isto revela a exigência de cuidados para prover os investimentos sociais para a parcela de 65 anos ou mais, desta forma a expectativa é que se elevem os gastos com previdência social e saúde, exigindo recursos e profissionais capacitados para atender esta demanda.

Assim, consideramos pertinente o governo federal por meio da formação continuada de seus profissionais da área da saúde se preocupar com a população idosa, a seguir apresentaremos os seis cursos que a UNA-SUS dispões acerca dessa temática.

### 3.7.5.1 UNA-SUS e População Idosa

Algumas situações em educação e saúde são passíveis de previsão e planejamento. O estudo sobre a projeção populacional é uma delas, onde se pode observar a tendência demográfica da população de uma determinada região ou país, com estes dados é possível também projetar as possíveis necessidades no que diz respeito às políticas sociais. Como constatamos anteriormente os indicadores demográficos apontam um novo padrão, com uma redução da taxa de crescimento populacional e um aumento da expectativa de vida, ou seja, um crescimento do número de idosos.

No caso do setor educacional a demanda vai variar com a faixa etária e no setor saúde é esperado, conseqüentemente, um aumento na demanda de serviços específicos para pessoas idosas. Portanto, o setor de educação em saúde precisa preparar os profissionais em número e qualificação para responder a esta expectativa de demanda. No que concerne ao nosso trabalho voltaremos um olhar para a disponibilidade de cursos ofertados pela UNA-SUS e a distribuição das matrículas no país frente à distribuição e projeção da população idosa por unidades da federação.

A UNA-SUS oferece seis cursos que abordam a questão do idoso, são eles: “Abordagem domiciliar em situações clínicas comuns em idosos (AD)”, “Capacitação em saúde da pessoa idosa (SI)”, “Cuidadores e a atenção domiciliar (Cuidadores)”, “Curso de Especialização em saúde da pessoa idosa (CESI)”, “Curso saúde da pessoa idosa (CSI)”, “Especialização em saúde da pessoa idosa (ESI)”, detalhados a seguir.

#### 3.7.5.1.1 Abordagem Domiciliar em Situações Clínicas Comuns em Idosos

Este curso é oferecido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a UNA-SUS. De acordo com as informações no *site* UNASUS-UFPEL<sup>60</sup> as inscrições estiveram disponíveis no período de 15 de junho a 15 de setembro de 2015, no entanto foi possível fazer a inscrição até o dia 19 de julho de 2016, alcançando um total de 510 matrículas em 23 Unidades da Federação.

O curso é auto instrucional, na modalidade EaD, carga horária de 45 horas, com inscrições livres mediante cadastro prévio, pois é voltado para médicos e enfermeiros que atuam

---

<sup>60</sup> Disponível em <<http://unasus.ufpel.edu.br/site/?p=2063>> Acesso em 20 mai. 2016.

no SUS, e apenas estes receberão o certificado *online*. Tem por objetivo capacitar a prática clínica de enfermeiros e médicos principalmente os que atuam na Atenção Básica e Atenção Domiciliar e nos serviços do Melhor em Casa<sup>61</sup>. São desenvolvidas as temáticas Doenças Cardiovasculares, Diabetes, Cânceres, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Doenças Musculoesqueléticas e Doenças Mentais são alguns dos temas abordados.

A ementa do curso justifica que os idosos representam a maior parcela de beneficiados da Atenção Domiciliar e os profissionais que atuam neste atendimento necessitam de educação permanente sobre o tema.

### **3.7.5.1.2 Capacitação em Saúde da Pessoa Idosa**

O curso de “Capacitação em Saúde da Pessoa Idosa” é ofertado pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Universidade Federal do Ceará (UFC) e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em parceria com a UNA-SUS. Com o objetivo de educação permanente dos profissionais de saúde, com nível médio ou superior, atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial nas Equipes da Saúde da Família (ESF) ou nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no atendimento da população idosa. É disposto em onze módulos com carga horária de 180 horas.

O curso é auto instrucional e deve ser realizado na modalidade educação a distância - EaD, por meio do Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) *Moodle* e alguns dos temas abordados são: conceitos básicos de envelhecimento, legislação e políticas de envelhecimento, cuidado no domicílio e identificação de idosos em situação de risco na comunidade, ações da saúde da família. Apesar de ofertado pelas universidades descritas acima a inscrição é feita pela UFMA, o curso ficou disponibilizado no período de 28 de setembro de 2015 a 31 de julho de 2016 e obteve 28.347 matrículas distribuídas em todas as Unidades da Federação.

---

<sup>61</sup> De acordo com informações disponíveis no Portal da Saúde o programa Melhor em Casa é um “serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. Estima-se que com a implantação da Atenção Domiciliar obtém-se economia de até 80% nos custos de um paciente, quando comparado ao custo desse mesmo paciente internado em um hospital”. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/melhor-em-casa>> Acesso em 30 jun. 2016.

### 3.7.5.1.3 Cuidadores e a Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar é redefinida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013<sup>62</sup>, e no seu Art. 2º inciso III define o Cuidador como pessoa capacitada para auxiliar o usuário nas necessidades e atividades cotidianas, com ou sem vínculo familiar ao usuário; ou seja, não é um profissional do SUS. Em seu artigo 3º define o objetivo da Atenção Domiciliar:

Art. 3º A Atenção Domiciliar tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial, nos serviços de urgência e emergência e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (BRASIL, 2013).

Certamente este tipo de atenção reduz os custos em saúde, pois retira o paciente do atendimento contínuo do SUS, demandando cuidados eventuais da equipe de saúde, isso pode melhorar a qualidade do atendimento, pois para o paciente muitas vezes é mais confortável estar em casa do que no hospital, mas ao mesmo tempo, geralmente, gera responsabilidades para um ou demais membros da família, seja no cuidado direto ao usuário, seja nos custos de todo o aporte das necessidades, inclusive farmacêuticas. De acordo com o Art. 19, inciso VIII desta portaria, as equipes de saúde do SUS responsáveis pela assistência devem participar da educação permanente promovida pelos gestores. Assim, este e outros cursos que abrangem o tema do idoso na UNA-SUS podem contemplar esta atribuição dada à equipe de saúde do SUS.

Este curso é um dos módulos disponíveis pelo Programa Multicêntrico de Qualificação Profissional em Atenção Domiciliar à Distância, que é resultado de uma parceria entre o Ministério da Saúde e Universidades integrantes da Rede Universidade Aberta do SUS (UFMA, UFC, UFSC, UFMG, UFCSPA, UFPE, UFPel, UERJ). Está organizado em dezenove módulos, distribuídos entre as universidades parceiras. Disponibiliza uma comunidade de Práticas para que os gestores e profissionais de saúde possam trocar informações e participar de discussões promovidas pela plataforma do curso.

---

<sup>62</sup> A Atenção Domiciliar foi instituída no âmbito do SUS pela Portaria n. 2.029 de 24 de agosto de 2011, substituída pela Portaria n. 2.527 de 27 de outubro de 2011 e mais uma vez redefinida pela Portaria n. 963 de 27 de maio de 2013, todas do Ministério da Saúde. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html)> Acesso em 20 jun. 2016.

O curso é ofertado como qualificação profissional, auto instrucional, EaD, disponível também para aparelhos móveis como *tablets* e celulares. Tem como público alvo os profissionais da saúde de nível superior e técnico das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e nas Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) que compõem o Programa Melhor em Casa, nas Equipes de Atenção Básica e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), bem como os profissionais de saúde que trabalhem na gestão dos serviços de atenção domiciliar (SAD) e demais gestores. É oferecido pela Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), em quatro oportunidades de ofertas, desde setembro de 2013 até o primeiro semestre de 2016 e contabilizou 1780 matrículas distribuídas em 27 unidades federativas.

#### **3.7.5.1.4 Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa**

Este curso foi desenvolvido em parceria entre a UERJ, UFC e UFMA juntamente com a UNA-SUS, que entrou com o fomento e a orientação. Foi oferecido pela UERJ<sup>63</sup> no período de 5 de novembro de 2013 a 2 de fevereiro de 2015, com 14 meses de duração e carga horária de 420 horas, modalidade EaD, com a exigência de pelo menos dois momentos presenciais, na apresentação e na avaliação. Dezoito unidades da federação foram beneficiadas com 500 matrículas de profissionais de nível superior da área da saúde ou da gestão do SUS, após seleção.

O conteúdo traz treze disciplinas obrigatórias: Introdução ao Curso; Políticas na atenção ao idoso; Promoção de saúde e prevenção no envelhecimento; Avaliação global da pessoa idosa na atenção básica; Patologias clínicas; Síndromes geriátricas; Suporte familiar e social ao idoso; Principais agravos agudos de saúde da pessoa idosa; Cuidados de longa duração violência e maus tratos; Metodologia Científica; Fragilidade em idosos; Uso de medicamentos em idosos; A morte e o luto. Além de nove disciplinas eletivas: Nutrição da pessoa idosa; Fonoaudiologia geriátrica; Atividade física na terceira idade; Terapia ocupacional na saúde da pessoa idosa; Fisioterapia na saúde da pessoa idosa; A psicologia na assistência da pessoa idosa; Atenção multidisciplinar à saúde da pessoa idosa; Assistência farmacêutica; Odontogeriatría. Para alcançar o objetivo proposto a elaboração dos conteúdos das disciplinas abrangeu médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, odontólogos, farmacêuticos, educadores físicos, musicoterapeutas, gestores do

---

<sup>63</sup> Disponível em <<http://unusus.uerj.br/concluidos/especializacao-em-saude-da-pessoa-idosa/>> Acesso em várias datas.

SUS entre outros.

#### **3.7.5.1.5 Curso Saúde da Pessoa Idosa**

Este curso de qualificação profissional foi oferecido pela Universidade Federal do Ceará em parceria com a UNA-SUS, auto instrucional, esteve disponível apenas no período de 13 de novembro de 2014 a 30 de novembro de 2014, com 500 matrículas efetuadas. Não foi possível obter mais informações, pois além do curso estar encerrado a universidade não manteve uma página disponível para consulta posterior.

#### **3.7.5.1.6 Especialização em Saúde da Pessoa Idosa**

Esse curso de especialização foi ofertado pela Universidade Federal do Maranhão e Universidade Federal do Ceará e financiado pela UNA-SUS, realizado na modalidade a distância (EaD), com pelo menos dois momentos presenciais, a abertura do curso e a avaliação; tem carga horária de 420 horas e duração de 14 meses. Abrangeu 1005 matrículas, dispersas em 20 unidades da federação. Para fazer a inscrição é preciso ser profissional da área da saúde de nível superior vinculado ao SUS, preferencialmente com atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O número de vagas e sua distribuição por municípios é feita previamente e o acesso é feito por uma inscrição prévia, que exige a comprovação de vínculo com o SUS, preferencialmente com equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF e com Equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, para posterior processo seletivo. Os municípios são agrupados em polos, locais onde será disponibilizado suporte aos estudantes durante o desenvolvimento do curso, para isto é selecionado um dos municípios de cada grupo.

#### **3.7.6 Análise das Ofertas dos Cursos com a Temática Idosos, Mediante a Distribuição da População Brasileira e a Projeção Populacional**

Para um melhor entendimento de como se deu as ofertas dos cursos e sua relação com as matrículas, apresentaremos a seguir quadros com diferentes composições e análises. O Quadro a seguir traz o resumo das ofertas dos cursos com a temática idosos, de acordo com a modalidade,

número de matrículas e unidades da federação beneficiadas.

Quadro 12 – Cursos ofertados pela UNA-SUS com a temática Idosos.

<b>Curso</b>	<b>U.F.</b>	<b>Instituição</b>	<b>Matrículas</b>	<b>Modalidade</b>
<b>AD</b>	23	UFPelotas	251	Qualificação
<b>SI</b>	27	UFMaranhão	28.347	Aperfeiçoamento
<b>Cuidadores</b>	27	UFCSPorto Alegre	1780	Qualificação
<b>CESI</b>	18	UERJ	500	Especialização
<b>CSI</b>	15	UFCeará	58	Qualificação
<b>ESI</b>	20	UFCeará e UFMaranhão	1005	Especialização

AD- Abordagem domiciliar em situações clínicas comuns em idosos

SI- Capacitação em saúde da pessoa idosa

Cuidadores- Cuidadores e a Atenção Domiciliar

CESI- Curso de especialização em saúde da pessoa idosa

CSI- Curso saúde da pessoa idosa

ESI- Especialização em saúde da pessoa idosa

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir de dados disponíveis em <[www.unasus.gov.br](http://www.unasus.gov.br)> Acesso em 20 jun. 2016.

Nesse Quadro podemos observar que em relação ao atendimento das Unidades da Federação o curso “Capacitação em Saúde da Pessoa Idosa” e “Cuidadores e a Atenção Domiciliar” foram os mais representativos, abarcando todos os vinte e sete estados brasileiros, enquanto o que teve menor representatividade foi o curso de “Saúde da Pessoa Idosa”, com matrículas em apenas 15 Unidades da Federação. Quanto à localidade das instituições de ensino ofertantes é possível constatar que uma é do norte do País - Maranhão, uma do nordeste – Ceará, uma do sudeste – Rio de Janeiro e duas do Sul – Pelotas e Porto Alegre.

Em relação ao número de matrículas efetuadas percebe-se que, o curso “Capacitação em Saúde da Pessoa Idosa (SI)” oferecido pela Universidade Federal do Maranhão tem uma quantidade expressiva - 28.347 – se comparado a outros cursos. Dentre os cursos o de “Saúde da Pessoa Idosa (CSI)” ofertado pela Universidade Federal do Ceará, obteve o menor número de matrículas – 58 - provavelmente pelo tempo que ficou disponível para acesso, apenas 18 dias. E no que diz respeito às modalidades dos cursos oferecidos, houve a predileção por aperfeiçoamento, qualificação e especialização.

O quadro a seguir apresenta um panorama dos cursos voltados ao cuidado dos idosos e sua distribuição por unidade da federação, quantidade de municípios contemplados e a distribuição de matrículas.

Consideramos então observar como se deu a distribuição dos cursos dentro das unidades

federativas, de modo a saber se as matrículas estariam concentradas numa pequena quantidade de municípios, e foi possível verificar que de 5.570 municípios brasileiros, 2.883 foram contemplados, o que consideramos um ganho em relação à desconcentração de ofertas dos cursos, embora tenha atingido apenas 40,99% das municipalidades.

De acordo com os dados disponíveis no *site* do IBGE<sup>64</sup> no que diz respeito à projeção da população, a evolução dos grupos etários entre 2000 e 2030, apresenta um comportamento linear e ascendente para a faixa etária de Idosos (65 anos ou mais), em detrimento da faixa de Jovens (0-14 anos), mas mantém ascendente a faixa de Pessoas em Idade Ativa (PIA, 15-64 anos). E a curva do gráfico do índice de envelhecimento é ascendente para todas as unidades da federação. Este comportamento é favorecido pela queda da mortalidade entre 2000 e 2030 na faixa de 60 a 90 anos de idade em todas as Unidades da Federação (IBGE, 2015):

Em 2000, a expectativa de vida aos 60 anos de idade era [de mais] de 18,9 anos e crescerá 6,7 anos no período considerado, representando, em 2030, um acréscimo de 25,6 anos, e atingindo, em média, a idade de 85,6 anos. Se homem, a sobrevivência média aos 60 anos passará de 16,9 anos para 23,2 anos, e, se mulher, de 20,7 anos para 27,9 anos (IBGE, 2015, p.68).

Diante da homogeneidade da tendência ao envelhecimento no território nacional, a hipótese é que a busca por educação permanente que contemple esta temática se distribua também dessa forma. Para tanto, elaboramos o Quadro a seguir que compreende a distribuição dos cursos por municípios da Unidade da Federação.

---

<sup>64</sup> Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>> Acesso em 20 jun. 2016.

Quadro 13 - Distribuição dos Cursos da UNA-SUS sobre a Temática Idosos, de acordo com a Quantidade de Municípios por Unidade da Federação.

UF	AD	SI	Cuidadores	CESI	CSI	ESI	Municípios	Municípios (%)
Acre	1	16	3	1	0	0	10	45,45%
Alagoas	3	63	21	1	1	3	70	68,63%
Amapá	0	5	3	0	0	1	6	37,50%
Amazonas	1	32	9	1	0	1	34	54,84%
Bahia	3	244	77	14	0	17	260	62,35%
Ceará	5	168	68	0	4	88	175	95,11%
Distrito Federal	0	1	1	0	1	1	1	100,00%
Espírito Santo	4	62	18	22	0	0	66	84,62%
Goiás	3	71	22	3	0	2	74	30,08%
Maranhão	3	172	41	0	2	105	181	83,41%
Mato Grosso	3	74	14	4	0	0	77	54,61%
Mato Grosso do Sul	3	36	7	2	1	0	37	47,44%
Minas Gerais	16	329	98	22	1	1	354	41,50%
Pará	0	67	19	1	1	11	73	51,05%
Paraíba	2	98	17	0	1	3	99	44,39%
Paraná	10	164	52	3	0	0	174	43,61%
Pernambuco	7	122	32	0	1	6	126	68,11%
Piauí	6	104	21	0	2	23	109	48,66%
Rio de Janeiro	4	67	28	36	1	1	71	77,17%
Rio Grande do Norte	3	95	21	0	1	10	100	59,88%
Rio Grande do Sul	18	225	74	19	0	3	249	50,20%
Rondônia	2	24	10	2	0	0	26	50,00%
Roraima	1	7	2	1	1	1	7	46,67%
Santa Catarina	5	127	40	4	1	0	136	46,42%
São Paulo	12	262	90	18	1	1	278	43,10%
Sergipe	1	33	6	2	0	2	35	46,67%
Tocantins	0	49	10	0	0	5	55	39,57%
BRASIL	116	2717	804	156	20	285	2883	100%

AD- Abordagem domiciliar em situações clínicas comuns em idosos

SI- Capacitação em saúde da pessoa idosa

Cuidadores- Cuidadores e a Atenção Domiciliar

CESI- Curso de especialização em saúde da pessoa idosa

CSI- Curso saúde da pessoa idosa

ESI- Especialização em saúde da pessoa idosa

Fonte: Quadro elaborado pela autora a partir de dados disponíveis em <www.unasus.gov.br> Acesso em 20 jun. 2016 e <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/sinopse\\_tab\\_brasil\\_zip.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/sinopse_tab_brasil_zip.shtm)> Acesso em 20 jun. 2016.

Ao observar o Quadro 13 podemos observar que o curso que teve maior adesão, alcançando um total de 2.717 municípios, foi “Capacitação em Saúde da Pessoa Idosa” oferecido pela Universidade Federal do Maranhão. O segundo curso com maior adesão, teve 804 municípios inscritos, foi “Cuidadores e a Atenção Domiciliar”, ofertado pela Universidade

Federal de Porto Alegre. A seguir, o curso Especialização em “Saúde da Pessoa Idosa”, das Universidade Federal do Ceará e Universidade Federal do Maranhão alcançou 285 municípios. O Curso de Especialização em Saúde da Pessoa Idosa abarcou 156 municípios e foi ofertado pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Em penúltimo lugar está o curso de “Abordagem Domiciliar em Situações Clínicas Comuns em Idosos”, da Universidade Federal de Pelotas com 116 municípios. E o que menos teve adesão foi o curso “Saúde da Pessoa Idosa”, da Universidade Federal do Maranhão, que alcançou apenas 20 municípios. Constatamos assim, que os cursos que tiveram mais procura foram os que abordam as questões da saúde dos idosos de maneira geral, ao orientar os cuidados e problemas básicos de grupo populacional, enquanto os cursos mais específicos tiveram menor procura.

A partir dos dados foi possível definir que a participação dos municípios dentro das Unidades Federativas variou de 30,08% em Goiás a 95,11%, como o Distrito Federal conta como um município a sua presença é equivalente a 100%, por isso não o incluiremos nesta análise. Metade dos estados expressaram participação inferior a 50%, e nos seus limites extremos ficaram Goiás com 30,08% e Piauí com 48,66% e a outra metade expressadas em seus limites extremos por Rondônia 50,00% e Ceará com 95,11%. Seguido por Espírito Santo (84,62%), Maranhão (83,41%), Rio de Janeiro (77,17%), Alagoas (66,63%), Pernambuco (68,11%) e Bahia (62,35%).

Outra questão que foi possível constatar é que, no geral, apesar da participação dos municípios não estar distribuída homoganeamente entre os estados, há uma distribuição territorial da participação dos municípios dentro dos estados, o que revela que não houve uma concentração apenas nas regiões metropolitanas ou mais populosas de cada estado federativo.

Com o intuito de compreender a relação entre a percentagem da população de cada Unidade da Federação dentro do total nacional no ano de 2012, frente o número de profissionais de saúde inscritos nos curso e a quantidade de idosos por estado federativo, elaboramos o quadro a seguir.

Quadro 14 – Relação entre o Percentual da População, Matrículas dos Cursos e População Maior de 65 anos por Unidade Federativa.

UF	Pop. Total %	MATRÍCULAS	>65anos%
Roraima	0,24%	0,55%	5,50%
Acre	0,39%	5,80%	6,40%
Pará	0,40%	12,33%	7,00%
Tocantins	0,73%	0,97%	8,50%
Rondônia	0,82%	0,22%	7,20%
Sergipe	1,09%	0,34%	9,00%
Mato Grosso do Sul	1,29%	2,05%	9,80%
Distrito Federal	1,37%	3,64%	7,70%
Mato Grosso	1,61%	4,33%	7,90%
Piauí	1,63%	1,65%	10,60%
Alagoas	1,63%	3,09%	8,90%
Rio Grande do Norte	1,66%	0,32%	10,80%
Espírito Santo	1,84%	6,53%	10,40%
Amazonas	1,85%	10,88%	6,00%
Paraíba	1,97%	3,61%	12,00%
Goiás	3,17%	0,88%	9,30%
Santa Catarina	3,29%	1,71%	10,50%
Maranhão	3,46%	2,23%	8,60%
Amapá	3,61%	7,59%	5,10%
Ceará	4,44%	10,03%	10,70%
Pernambuco	4,60%	1,05%	10,70%
Paraná	5,45%	9,36%	11,20%
Rio Grande do Sul	5,55%	0,80%	13,60%
Bahia	7,31%	5,10%	10,30%
Rio de Janeiro	8,37%	0,20%	13,00%
Minas Gerais	10,24%	2,49%	11,80%
São Paulo	21,60%	2,26%	11,60%
Total	100,00%	100,00%	9,41%

Fonte: Quadro elaborado pela autora com dados disponíveis em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2012/matriz.htm#mort>> Acesso em 29 jan. 2016 e <[www.unasus.gov.br](http://www.unasus.gov.br)> Acesso em 20 jun. 2016.

Como as unidades da federação tem uma distribuição da população bastante desigual, organizamos o Quadro 14 de maneira crescente em relação à população total de cada unidade da federação, para melhor compararmos o número de matrículas efetuadas, diante do percentual de idosos.

Ao observarmos o quadro podemos constatar que as Unidades da Federação que demonstraram um acesso mais equilibrado entre o percentual da sua população > 65anos, percentual da população brasileira e matrículas foram: Paraná, Ceará e Espírito Santo. Enquanto que o Amapá apesar de apresentar o menor percentual da faixa etária > 65anos/UF e uma parcela

pequena da população total (3,61%) deteve uma parcela significativa das matrículas/UF (7,59%). O Amazonas se comportou de maneira semelhante, com 6% de > 65anos, 1,85% da população total e 10,88% de matrículas, assim como o Acre, com 6,40%, 0,39% e 5,80% e Pará com 7%, 0,40% e 12,33%, representando um alto acesso aos cursos.

Para melhor entendermos o Quadro 14 analisamos seus dados a partir de um agrupamento entre faixas populacionais das Unidades da Federação, o primeiro com população < 2% - Grupo 1, o segundo entre 2 >4% - Grupo 2, o terceiro entre 4 > 6% - Grupo 3, o quarto entre 7 > 9% - Grupo 4 e o quinto >10% Grupo 5. Constatamos que o Grupo 1, contém mais da metade das Unidades da Federação (14) tem população inferior a 2%, comparado ao total da população brasileira, e reunidas representam 16,56% do total da população. A população > 65anos varia entre 5,50% e 10,80%, e abarca 52,69% das matrículas, com destaque para o Pará (12,33%), Amazonas (10,88%) e Espírito Santo (6,53%).

O Grupo 2 reúne 5 Unidades da Federação e somam entre si 15,50% da população, alcançaram 16,02% de matrículas com uma população > 65anos variando entre 5,10% e 12%. O Amapá com o menor percentual da população > 65anos apresentou o maior percentual de matrículas 7,59%. O Grupo 3 reúne 4 Unidades da Federação e somam entre si 20,05% da população total, 21,4% das matrículas e população > 65anos entre 10,70% e 13,60%. O Ceará com o menor percentual da população total e > 65anos deste grupo teve o maior número de matrículas (10,03%). No Grupo 4 duas Unidades da Federação somam 15,68% da população total e 5,30% das matrículas, com uma população > 65anos entre 10,30 e 13,00%. Enquanto Minas Gerais e São Paulo formam o Grupo 5 e somam juntos 31,84% da população brasileira e apenas 4,74% das matrículas, com pouca variação entre a população > 65anos (11,60 - 11,80%).

Dessa forma, entendemos que, no geral, não foi encontrada uma tendência entre o tamanho da população das Unidades da Federação, o percentual de idosos e as matrículas dos cursos com o tema idosos da UNA-SUS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS passa a se consolidar em 2008 numa iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação com o intuito de desenvolver educação continuada para profissionais da saúde, em específico do SUS, junto a diferentes instituições educacionais do país, tendo como base principal a modalidade educativa EaD. A UNA-SUS foi legalmente instituída em 2010 e se estruturou de tal forma, que em 2016 disponibilizou cursos de diferentes temáticas, em parceria com trinta e cinco instituições e alcançou matrículas em todas as Unidades Federativas brasileiras.

Tendo então como foco compreender os diferentes aspectos que constituem a UNA-SUS e sua abrangência, partimos da hipótese de que pudesse haver uma congruência entre as matrículas de três temáticas de cursos – Tuberculose, Zika e Idosos – e seus respectivos achados epidemiológicos por Unidade da Federação. Para tanto, analisamos os dados epidemiológicos disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE em relação com os cursos oferecidos pela UNA-SUS, do ano de 2008 até o primeiro semestre de 2016. E como subsídio da investigação, identificamos histórica e legalmente a organização política e administrativa do território brasileiro, estabelecemos como se organizou histórica e legalmente o serviço de saúde pública no Brasil e caracterizamos o Sistema de Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS. Utilizamos como fundamento do trabalho procedimentos metodológicos centrados em pesquisa bibliográfica e análise documental, sustentadas em dados quantitativos e qualitativos.

Como esta pesquisa trata de educação no campo da saúde, procuramos tangenciar as políticas públicas que as envolvem no contexto histórico nacional, bem como do seu objeto, a Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS, para embasar as análises de acordo com a hipótese inicial proposta do estudo.

O estudo do desenvolvimento histórico do território brasileiro, ao focar nas características do modelo de federalismo alcançado no século XXI, destaca os aspectos centralizadores e descentralizadores de cada momento, a legislação decorrente e a prática política nacional. No decorrer da pesquisa constatamos que a organização de um estado federativo pressupõe a divisão de poderes, entre o centro e os demais entes federados, que envolve questões de caráter político e administrativo. Além disso, observamos que no decorrer da história brasileira não houve uma centralização e nem tampouco descentralização absolutas e sim, períodos e graus variados de

centralização e de descentralização, constituindo um *continuum*. No limiar do século XXI, o Brasil acaba de passar por um período de redemocratização e elaboração da Constituição Federal de 1988, que determina um sistema federativo constituído pelos entes: União, estados, municípios.

A discussão acerca das especificidades conceituais e legislativas do federalismo no Brasil nos permitiu embasar como se desenvolveu os serviços e políticas públicas para a área da saúde no que tange à história, organização e fatos políticos, que culminaram no início do século XXI no processo de municipalização da saúde no país. Constatamos, que os serviços e políticas públicas da área da saúde no Brasil foram marcados por aspectos de rupturas cíclicas perpetradas por intervenções do poder central, com períodos alternados de tutela de níveis diferentes de poder, que culminaram em mudanças na forma como se dava a participação dos entes federados e na amplitude do atendimento à população.

No século XXI o modelo que vigora no campo da saúde pública está embasado em diretrizes nacionais organizadas pelo governo federal, a serem implantadas em regime de colaboração com estados e municípios no denominado Sistema Único de Saúde – SUS. Houve um movimento de reforma sanitária no fim do século XX, que teve como parte do seu objetivo a criação do SUS em 1988, o qual deveria atender a população de forma descentralizada, com a participação da comunidade e prover um atendimento integral no sentido de reverter o modelo biomédico e hospitalocêntrico. Averiguamos que dentre às propostas, a descentralização do atendimento à saúde foi consolidada e as diferenças regionais diminuíram, contudo o atendimento integral ainda se mostra um desafio até o primeiro semestre de 2016, período delimitado para a pesquisa.

Identificamos que um dos meios estabelecido pelo governo federal para alcançar os objetivos do SUS foi a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), inverso ao modelo hospitalocêntrico, no entanto a literatura sobre o tema indica que ainda é necessário incremento na sua expansão para o alcance do resultado almejado. Os dados apontam que os gastos públicos em saúde ainda são maiores no atendimento de média e alta complexidade, cirurgias, internações e tratamento para câncer; do que no de baixa complexidade, como no PSF.

Verificamos que dentre as prerrogativas do SUS está a preocupação com o nível e tipo de formação dos profissionais da área da saúde como, por exemplo, o foco de estudo desta pesquisa, a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), a qual desenvolve por meio do ensino a distância (EaD), desde 2008 parceria entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e

universidades, de acordo com o projeto elaborado pela a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES e a OPAS-OMS – Organização Panamericana de Saúde – Organização Mundial de Saúde. No que diz respeito à educação permanente dos funcionários do Sistema Único de Saúde a Constituição de 1988 e a lei 8.080/90 regulamentaram o assunto ao determinarem a elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento profissional.

Constatamos, que para alcançar sua proposta de promover a educação continuada dos profissionais de saúde, por meio da Educação a Distância – EaD, o Sistema da Universidade Aberta do SUS, compreende o Acervo de Recursos Educacionais (ARES), um repositório digital fomentado pelas universidades parceiras, a Plataforma Arouca, que mantém um cadastro do histórico educacional dos trabalhadores em saúde do âmbito público e privado e a Rede colaborativa de instituições de nível superior. Todavia, ao pesquisarmos nessas bases de dados identificamos divergências de dados entre o ARES e as páginas do mesmo *site* que disponibilizam dados da UNA-SUS quanto às instituições educacionais participantes, o que a nosso ver demanda dos responsáveis uma revisão, pois é um dos aspectos mais importantes para se compreender o que está sendo desenvolvido na UNA-SUS.

Diante da grande diversidade de temática dos cursos disponibilizados pela UNA-SUS, julgamos necessário estabelecer um recorte na análise das matrículas, mediante a determinadas ocorrências e condições epidemiológicos no país. Procedemos então, com o estudo de três temáticas de cursos, sendo, duas ocorrências epidemiológicas, tuberculose e Zika, com a justificativa de oferecerem o contraste da sua presença em solo brasileiro, uma introduzida desde o período colonial e outra em 2015, respectivamente. A terceira temática é uma condição epidemiológica passível de previsão, o envelhecimento populacional.

Consideramos, que o fato da pesquisa ter revelado que dentre as temáticas mais abordadas pelos cursos estudados da UNA-SUS se encontra o tema Saúde da Família é pertinente, pois nas propostas iniciais, cada universidade parceira deveria oferecer pelo menos 1.000 vagas de especialização com esta temática, na modalidade EaD, o que de fato ocorreu, ainda que algumas universidades não oferecessem o total desta oferta no primeiro ano. Observamos também, que Atenção Básica e Atenção Domiciliar são outros dois temas de destaque, entendemos que esse fato demonstra uma congruência interna do Sistema UNA-SUS, pois essas três temáticas vão ao encontro da ideia de reverter o modelo hospitalocêntrico.

A análise dos cursos com a temática tuberculose, Zika e idosos, demonstrou que quanto à oferta de vagas e períodos de inscrição dos cursos, cada universidade ofertante define aspectos

como o número de vagas, o período que deixa aberto para as inscrições e a renovação das mesmas. O que no nosso entender confirma a autonomia destas instituições educacionais, conforme previsto nas proposições da UNA-SUS e na LDB. A única exceção é a oferta e número de vagas dos cursos voltados para Saúde da Família, que são condição determinante para se estabelecer o convênio entre as universidades e a UNA-SUS.

Ao investigarmos sobre a tuberculose (TB) no Brasil, observamos que no período de 1990 a 2014 há ainda um coeficiente de mortalidade da doença acima da meta recomendada pela OMS de reduzir em 50% a incidência dos casos de TB até 2015. Contudo, mesmo sem alcançar essa meta, houve uma evolução positiva na melhora destes índices brasileiros no período estudado. A comparação entre os achados epidemiológicos nacional da tuberculose e os dados de matrículas nos cursos da UNA-SUS nos forneceu, de forma geral, um panorama delineado pela distribuição das matrículas em 3.354 dos 5.570 municípios brasileiros. Consideramos, que diante dos índices epidemiológicos da doença, poderia ter havido uma maior procura por matrículas, pois as vagas não eram limitadas. Em relação às matrículas efetuadas esclarecemos que não correspondem aos concluintes dos cursos, inclusive porque alguns destes cursos ainda estão em andamento. Constatamos, que das 27 Unidades da Federação, 12 demonstraram baixa matrícula e incidência, contudo outras 14 Unidades da Federação não demonstraram correlação entre esses dois dados e, o estado do Amazonas foi uma exceção ao demonstrar uma correlação inversa, com baixa matrícula e alta incidência. Assim, entendemos que no caso da tuberculose a hipótese inicial da pesquisa não se confirma, pois os dados analisados apontaram que não há relação entre os estados federativos com alta incidência da doença e a alta taxa de matrícula nos cursos acerca dessa temática.

Ao revisarmos a bibliografia acerca do vírus Zika, averiguamos que este foi identificado em 1947 na África e isolado em 1957 em humanos, esteve em sua área endêmica África e Ásia até 2007, quando passou a circular na Micronésia. Em 2014 foi identificado na Polinésia Francesa e em 2015 no Brasil. Como a doença era emergente e foi constatado que poucos profissionais do SUS sabiam como lidar com os casos cada vez mais crescentes no sistema público de saúde, o governo federal propôs a elaboração de um curso com esta temática. Assim, um curso sobre Zika foi organizado pela UNA-SUS em parceria com a Fiocruz Mato Grosso do Sul, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

A análise inicial dos dados revelou que o curso sobre a temática Zika abrangeu 3.279 dos 5.570 municípios brasileiros, porém consideramos que devido à proliferação crescente da doença até o primeiro semestre de 2016, período delimitado para a pesquisa, há probabilidade de que aumente a procura, pois o curso foi disponibilizado recentemente. Ao compararmos a busca por matrículas no curso e a distribuição das matrículas por Unidade Federativa concluímos que dois aspectos se destacaram: 23 Unidades Federativas tiveram baixa matrícula e baixa incidência da doença, enquanto 4 tiveram uma procura mais alta de matrículas em relação à incidência da doença. Podemos entender diante do exposto, que a hipótese inicial desse estudo se confirma em parte no caso da Zika, no sentido de que nenhuma Unidade Federativa brasileira com alta incidência da doença teve altas taxas de matrícula no curso da UNA-SUS, no entanto onde prevaleceu baixa matrícula também prevaleceu baixo índice da doença.

No que diz respeito à temática idosos, identificamos que o Brasil passa por um processo de transição demográfica, com uma tendência em todas as Unidades Federativas do aumento da população idosa, que para este estudo demográfico foi considerada a população maior que 65 anos. Esse tema, dentre os estudados, foi o que apresentou um maior número de cursos, que abrangeu 2.883 do total de 5.570 municípios, ao relacionar esses dois dados nos chamou a atenção o fato de que apesar de haver seis cursos disponibilizados, 40,99% dos municípios brasileiros não participaram. Todavia, a análise da distribuição das matrículas dentro das Unidades Federadas revelou certa homogeneidade, o que entendemos ser um aspecto importante em relação à educação permanente, já que, em geral, as capitais têm maior acesso a recursos em educação. No geral, constatamos que a análise dos dados do tamanho da população de idosos nas Unidades da Federação frente às taxas de matrículas dos cursos com o tema idosos da UNA-SUS, não indicou uma relação recíproca. Dessa forma, nesse caso também constatamos que a hipótese inicial da pesquisa não se confirmou, pois não houve uma congruência entre o percentual de idosos nos estados federativos e as matrículas nos cursos.

Ao considerarmos a totalidade do estudo, entendemos que a Universidade Aberta do SUS UNA-SUS se mostra uma possibilidade viável e de fácil acesso, no sentido de promover a educação permanente para os profissionais de saúde do SUS, na modalidade EaD. Compreendemos, que apesar da hipótese inicial da pesquisa não ter se confirmado em nenhum dos três casos estudados, isso não significa que a coincidência entre a quantidade de casos epidemiológicos e procura por temáticas do curso, não seja um padrão na UNA-SUS, posto que na totalidade desse sistema de ensino há uma quantidade expressiva de cursos e temáticas que

não foram abordadas nesse estudo. Todavia, conforme podemos constatar a questão da relação entre as taxas de epidemiologia e matrículas poderiam fazer parte das preocupações do Ministério da Saúde e das instituições educacionais ofertantes dos cursos, pois possibilitaria um direcionamento de investimentos aos cursos voltados para as epidemiologias mais expressivas no território nacional e de estímulos às localidades e Unidades Federativas com altos índices epidemiológicos, para incentivarem seus profissionais da saúde pública a participar dos cursos da UNA-SUS.

## REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ABRUCIO, Fernando Luís. *Os Barões da Federação: os governadores e a redemocratização brasileira*. São Paulo: Departamento de Ciências Políticas da USP, 1998.

ALBUQUERQUE, C. C. de. Apresentação. In: *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>> Acesso em 24 abr. 2015.

Amsterdam Declaration to Stop TB, 24 mar. 2000. Amsterdam, 2000. Disponível em <[http://www.stoptb.org/assets/documents/events/meetings/amsterdam\\_conference/decla.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/events/meetings/amsterdam_conference/decla.pdf)> Acesso em 17 mar. 2015.

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares de. Federalismo, Democracia e Governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências. *Revista Brasileira de Informação em Ciências Sociais*. São Paulo, 2001, jan./jun. n. 51, p. 13-34.

ANDERSON, George. *Federalismo: uma introdução*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

ARAÚJO, Gilda Cardoso de. *Políticas Educacionais e Estado Federativo: conceitos e debates sobre a relação entre município, federação e educação no Brasil*. Curitiba: Appris, 2013.

AROUCA, S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: UNESP, Ed. FIOCRUZ, 2003.

ARRETCHE, Marta. *Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização*. 3 ed., Rio de Janeiro: Revan; São Paulo: FAPESP, 2000, agosto de 2011.

\_\_\_\_\_. Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais. *Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, 2002, Vol. 45, nº3, p. 431-458. Disponível em <<http://www.fflch.usp.br/dcp/assets/docs/Marta/ArretcheDados2003.pdf>> Acesso em 29 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2003, n.8(2), p. 331-345. Disponível em <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n2/a02v08n2.pdf>> Acesso em 26 abr. 2014.

ARRUDA, M. de O. Relatório apresentado a Exma. Inspectoria Geral de Hygiene do Imperio pelo Inspector da Provincia de São Paulo. *Archivos de Hygiene e Saude Publica*, 1(1):95-112, jun., 1936.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DOS CIRURGIÕES DENTISTAS – APCD. *Técnico em Saúde Bucal - TSB* – 22. 2016. Disponível em <[http://www.apcd.org.br/anexos/pagina-cte/info\\_tec\\_saude\\_bucal.pdf](http://www.apcd.org.br/anexos/pagina-cte/info_tec_saude_bucal.pdf)> Acesso em 01 jul. 2016.

AZEVEDO, Fernando de Azevedo. *A Transmissão da Cultura. A Cultura Brasileira- parte 3*. 5ª ed. São Paulo: Melhoramentos; Brasília: INL, 1976.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. *Antropologia & Saúde collection*. Disponível em <<http://static.scielo.org/scielobooks/4/pdf/bertolli-9788575412886.pdf>> Acesso em 15 mar. 2016.

BERTOLOZZI, Maria. R.; GRECCO, Rosângela. M. As Políticas de Saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Revista da Escola de Enfermagem*. vol.30 n. 3, p.380-398. São Paulo: USP, dez. 1996. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62341996000300004&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341996000300004&lang=pt)> Acesso em 12 jun. 2014.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. *Dicionário de Política*. Vol. 1. ed. 11. Brasília: Ed. Universitária de Brasília, 1998. Disponível em <[http://minhateca.com.br/atilamunizpa/Documentos/BOBBIO\\*2c+Norberto.+Dicion\\*c3\\*a1rio+de+pol\\*c3\\*adica%281%29,2930014.pdf](http://minhateca.com.br/atilamunizpa/Documentos/BOBBIO*2c+Norberto.+Dicion*c3*a1rio+de+pol*c3*adica%281%29,2930014.pdf)> Acesso em 10 de jan. 2015.

BOGDAN, Robert C., BIKLEN, Sari K. *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994.

BOWMAN, M. J. Education, population trends, and technological change. In: ESPENSHADE and STOLNITZ (Eds.). *Technological prospects and population trends*, AAAS (American Association for the Advancement of Science), Selected Symposium 103, Washington, DC, 1987. APUD WONG, Laura L. Rodríguez; CARVALHO, José. A.. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos da População*. São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, June 2006. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982006000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982006000100002&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 18 jul. 2016.

BRAGA, J. C. de S. e PAULA, S. G. de. *Saúde e Previdência - Estudos de Política Social*. São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1987.

BRAVO, Maria I. de S. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elisabete. et al. *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS : OMS : Ministério da Saúde, 2006, p. 105-120.

BRASIL. *Ato Adicional de 12 de agosto de 1834*. Disponível em <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lim/lim16.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lim/lim16.htm) > Acesso em 13 de fev. 2013.

\_\_\_\_\_. *Constituição de 1891*. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1824-1899/constituicao-35081-24-fevereiro-1891-532699-publicacaooriginal-15017-pl.html>> Acesso em 10 de mar. 2015.

\_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)> Acesso em 17 de mai. 2015.

\_\_\_\_\_. *Emenda Constitucional nº 29 de 13 de setembro de 2000*. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm)> Acesso em 20 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. *Ato Institucional nº 1, de 9 de abril de 1964*. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/AIT/ait-01-64.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/AIT/ait-01-64.htm)> Acesso em 20 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. *Ato Institucional nº 5 de 13 de dezembro de 1968*. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/AIT/ait-05-68.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/AIT/ait-05-68.htm)> Acesso em 22 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. *Lei de 1º de Outubro de 1828*. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/LIM/LIM-1-10-1828.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LIM/LIM-1-10-1828.htm)> Acesso em 2 out. 2015.

\_\_\_\_\_. *Lei de 30 de agosto de 1828*. Disponível em <<http://bd.camara.gov.br/bd/handle/bdcamara/18353>> Acesso em 3 out. 2015.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 105 de 12 de Maio de 1840*. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LIM/LIM105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LIM/LIM105.htm)> Acesso em 20 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Lei nº 23, de 30 de outubro de 1891. 1891(b) Disponível em <<http://legis.senado.leg.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=64567&tipoDocumento=LEI&tipoTexto=PUB>> Acesso em 12 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. *Lei 1.920 de 25 de julho de 1953.* Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1950-1969/L1920.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm)> Acesso em 12 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. *Lei 6229 de 17 de julho de 1975.* Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6229-17-julho-1975-357715-publicacaooriginal-1-pl.html>> Acesso em 26 mar. 2014.

\_\_\_\_\_. *Lei nº 6.439 de 1º de setembro de 1977.* Disponível em <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1977/6439.htm>> Acesso em 22 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. *Decreto nº 533 de 25 de abril de 1850.* Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-533-25-abril-1850-559609-publicacaooriginal-81904-pl.html>> Acesso em 7 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. *Decreto nº 1º, de 15 de novembro de 1889.* Disponível em <[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/DEC%201-1889?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%201-1889?OpenDocument)> Acesso em 26 de jul. 2014.

\_\_\_\_\_. *Decreto nº 10.821, de 18 de Março de 1914.* Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-10821-18-marco-1914-501496-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em 26 de jul. 2014.

\_\_\_\_\_. *Decreto-Lei nº 3.171 de 2 de abril de 1941.* Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3171-2-abril-1941-413188-publicacaooriginal-1-pe.html>> Acesso em 18 fev. 2014.

\_\_\_\_\_. *Decreto-lei nº 72 de 21 de novembro de 1966.* Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1965-1988/Del0072.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0072.htm)> Acesso em 10 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. *Decreto-lei nº 200 de 25 de fevereiro de 1967.* Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del0200.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del0200.htm)> Acesso em 06 de jul. 2015.

\_\_\_\_\_. *Decreto-lei nº 898 de 29 de setembro de 1969*. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/1965-1988/De10898.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/De10898.htm)> Acesso em 29 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. *Decreto-lei 7.385 de 8 de dezembro de 2010*. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7385.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7385.htm)> Acesso em 13 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. *Parecer CNE/CES nº 213/2008*. Disponível em <[http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2008/pces213\\_08.pdf](http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2008/pces213_08.pdf)> Acesso em 20 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)> Acesso em 17 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. *Portaria n. 963, de 27 de maio de 2013*. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html)> Acesso em 20 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. *Portaria Interministerial nº 10 de 11 de julho de 2013*. Disponível em <[http://www.unasus.gov.br/sites/default/files/pi\\_10.2013.pdf](http://www.unasus.gov.br/sites/default/files/pi_10.2013.pdf)> Acesso em 13 nov. de 2015.

\_\_\_\_\_. *Portaria nº 204 de 17 de fevereiro de 2016*. 2016(a) Disponível em <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=23&data=18/02/2016>> Acesso em 6 mar. 2016.

\_\_\_\_\_. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)> Acesso em 10 nov. 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Arouca em Números - Matrículas em Cursos do Sistema UNASUS*. Disponível em <<http://www.unasus.gov.br/page/una-sus-em-numeros/una-sus-em-numeros>> Acesso em 10 jul. 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *A UNASUS*. Disponível em <<http://www.unasus.gov.br/page/una-sus/o-que-e-una-sus>> Acesso em 20 mai. 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. BVS - Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. *Panorama da tuberculose no Brasil Indicadores epidemiológicos e operacionais*. Disponível em [bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama%20tuberculose%20brasil\\_2014.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama%20tuberculose%20brasil_2014.pdf) Acesso em 20 mai. 2015.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico*, 2016(b). Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/197-secretaria-svs/11955-boletins-epidemiologicos-arquivos> Acesso em 20 mai. 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico*, vol. 47, n. 20, p. 1-10. 2016(c) Disponível em <http://combateades.saude.gov.br/images/boletins-epidemiologicos/2016-013-Dengue-SE16.pdf> Acesso em 2 mai. 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico*, vol. 47, n. 28, p. 1-10. 2016(d) Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/julho/15/2016-boletim-epi-n28-dengue-chik-zika-se23.pdf> Acesso em 2 mai. 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Relatório Final*, 1986. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf\\_rh.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf) Acesso em 18 abr. 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Curso de Manejo da coinfeção TB-HIV*. (2015) Disponível em [http://www.unasus.gov.br/coinfeccao\\_tb-hiv](http://www.unasus.gov.br/coinfeccao_tb-hiv) Acesso em 2 mai. 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Distribuição dos Profissionais Matriculados em Cursos do Sistema UNA-SUS por Unidade da Federação de Atuação*. Disponível em <http://www.unasus.gov.br/content/arouca-em-numeros-unidade-da-federacao-de-atuacao#overlay-context=page/una-sus-em-numeros/una-sus-em-numeros> Acesso em 28 mar. 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *III Conferência Nacional de Recursos Humanos, Conferência Nacional de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Relatório Final*. Brasília, 2006. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_rh.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf) Acesso em 6 mai. 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2012- RIPSA*. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#mort> Acesso em 29 jan. 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Informe Epidemiológico sobre o Monitoramento de Casos de Microcefalia no Brasil*. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/22367-informacoes-sobre-o-boletim-epidemiologico-de-microcefalia>> Acesso em 2 jul. 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Melhor Casa*. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/melhor-em-casa>> Acesso em 30 jun. 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. MS/SVS/DASIS- Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM atualizado em 27/04/2015. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/mortalidade>> Acesso em 2 jul. 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015*. Disponível em <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=927&Itemid=423](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=927&Itemid=423)> Acesso em 20 mar. 2015.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Portal da Saúde*, 2014. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/234-sgtes-p/sgtes/9630-universidade-aberta-do-sus>> Acesso em 5 mai. 2015.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Programa Mais Médicos / 2013*. Disponível em <<http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>> Acesso em 25 mar. 2015.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <[http://cdnmaismedicos.elivepress.com.br/images/PDF/Livro\\_2\\_Anos\\_Mais\\_Medicos\\_Ministerio\\_da\\_Saude\\_2015.pdf](http://cdnmaismedicos.elivepress.com.br/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf)> Disponível em 14 abr. 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Controle da Tuberculose*. 2010. Disponível em <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf>> Disponível em 16 jun. 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia*. 2016(d). Disponível em <<http://www.saude.gov.br/public/media/ZgUINSpZiwmb3/10100011602222060026.pdf>> Acesso em 6 mar. 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Rede Intergerencial de Dados para a Saúde – RIPSA*. Disponível em <<http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/>> Acesso em 2 set. 2015.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Resolução CD46.R12 : “Estratégia Regional para o Controle da Tuberculose para 2005-2015”*. Disponível em <[http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=927](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=927)> Acesso em 2 jun. 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2010.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2010.pdf)> Acesso em 18 mar. 2015.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM)*. Disponível em <<http://portalsinan.saude.gov.br/tuberculose>> Acesso em várias datas.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2007. Coleção Progestores. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec\\_progestores\\_livro1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro1.pdf)> Acesso em 10 mai. 2014.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Situação Epidemiológica / Dados - Ministério da Saúde*. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/situacao-epidemiologica-dados-influenza>> Acesso em 3 jun. 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Uma Visão Histórica da Saúde Brasileira*. Fundação Nacional de Saúde – Funasa, 2015. Disponível em <<http://www.funasa.gov.br/site/museu-da-funasa/cronologia-historica-da-saude-publica/>> Acesso em 2 fev. 2015.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *UNA-SUS*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1393](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1393)>. Acesso em 23 set. 2010.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *UNA-SUS em Números*. Disponível em <<http://www.unasus.gov.br/page/una-sus-em-numeros/una-sus-em-numeros>> Acesso em

20 mai. 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *UNASUS-UFPEL*. Disponível em <<http://unasus.ufpel.edu.br/site/?p=2063>> Acesso em 20 mai. 2016.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *UNASUS/UERJ*. Disponível em <<http://unasus.uerj.br/concluidos/especializacao-em-saude-da-pessoa-idosa/>> Acesso em várias datas.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. *Zika: abordagem clínica na atenção básica*. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Disponível em <<http://www.unasus.gov.br/cursos/zika>> Acesso em 20 mai. 2016.

\_\_\_\_\_. *Biblioteca Virtual da Presidência*. Disponível em <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/ex-presidentes/getulio-vargas>> Acesso em 12 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. *Terceira versão da NOB/RH SUS*. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/legislacao/3nob\\_sus.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/3nob_sus.htm)> Acesso em 16 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - SUS (Publicada no D.O.U.de 6/11/1996) Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>> Acesso em 10 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. *D.O.U., 1996*. Disponível em <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=48&data=06/11/1996>> Acesso em 28 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. *Câmara dos Deputados*. Disponível em <[http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes\\_Brasileiras/constituicao-cidada/assembleia-nacional-constituente/linha-do-tempo](http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/assembleia-nacional-constituente/linha-do-tempo)> Acesso em 20 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. (Câmara Federal). *Deputado Federal José Serra*. Disponível em <[http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes\\_Brasileiras/constituicao-cidada/o-processo-constituente/comissoes-e-subcomissoes/comissao5/comissao5](http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/legislacao/Constituicoes_Brasileiras/constituicao-cidada/o-processo-constituente/comissoes-e-subcomissoes/comissao5/comissao5)> Acesso em 21 abr. 2016.

\_\_\_\_\_. *Controle da hanseníase: uma proposta de integração ensino-serviço*. Rio de Janeiro: DNDS/NUTES, 1989.

\_\_\_\_\_. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Disponível em <<http://www.ipea.gov.br/portal/>> Acesso em 22 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. *3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. Brasília, jun. 2005. Disponível em <[http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Gestao\\_trabalho\\_III/caderno\\_propostas\\_3\\_conferencia\\_gestao\\_trabalho\\_educacao\\_saude.pdf](http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/conferencias/Gestao_trabalho_III/caderno_propostas_3_conferencia_gestao_trabalho_educacao_saude.pdf)> Acesso em 5 mai. 2014.

\_\_\_\_\_. Instituto Evandro Chagas (IEC). Disponível em <<http://www.iec.pa.gov.br/index.php/site/page/?view=historia>> Acesso em 13 de fev. 2014.

\_\_\_\_\_. *Portal da Legislação*. Disponível em <<http://www4.planalto.gov.br/legislacao/legislacao-historica/atos-institucionais>> Acesso em 05 de ago. 2014.

BRITO, Fausto. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos da População*. São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, jun. 2008. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982008000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982008000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 18 jul. 2016.

CAJUEIRO, J.P.M. *Saúde Pública no Brasil nos anos noventa: um estudo da política e de seus limites e condicionantes macroeconômicos* [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, 2004. Disponível em <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000317660>> Acesso em 26 abr. 2014.

CAMPOS R, PIANTA C (2001) Tuberculose: histórico, epidemiologia e imunologia, de 1990 a 1999, e co-infecção TB/HIV, de 1998 a 1999, Rio Grande do Sul - Brasil. *Boletim de Saúde* 15:61-71. Disponível em <[http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140520162907v15n1\\_06tuberculose.pdf](http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/download/20140520162907v15n1_06tuberculose.pdf)> Acesso em 20 nov. 2015.

CARVALHO, Gilson. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*. São Paulo, 2001, vol.6, n. 2. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200012)> Acesso em 18 abr. 2014.

CARVALHO, Manoela; SANTOS, Nelson. R.; CAMPOS, Gastão W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, 2013, v. 37, n. 98, p.372-387 jul./set.. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000300002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300002)> Acesso em 12 fev. 2014.

CHIZZOTTI, Antonio. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez, 2010.

COELHO, Ardigleusa Alves et al . Atenção à tuberculose: estudo de avaliabilidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 22, n. 5, p. 792-800, out. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692014000500792&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000500792&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 jun. 2016.

CORDEIRO, H. de A. *A Participação de Todos na Construção do Sistema Unificado de Saúde*. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. p. 145-149. Disponível em <[http://www.ccms.saude.gov.br/conferenciasnacionaisdesaude/pdfs/8conferencia/8conf\\_nac\\_ana\\_is.pdf](http://www.ccms.saude.gov.br/conferenciasnacionaisdesaude/pdfs/8conferencia/8conf_nac_ana_is.pdf)> Acesso em 20 abr. 2014.

COSTA, N. do R. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário I*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1985.

DANTAS, Paulo. *Cidade Enferma*. São Paulo: Brasiliense, 1950.

DOLHNIKOFF, Miriam. *O Pacto Imperial: origens do federalismo no Brasil no século XIX*. São Paulo: Globo, 2005.

EIDT, Leticia Maria. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Revista Saúde e Sociedade* São Paulo, 2004, vol.13, nº.2, mai/ago. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000200008>> Acesso em 2 fev. 2014.

SCOREL, Sarah. *Saúde Pública Utopia de Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

\_\_\_\_\_ ; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista. In: GIOVANELLA, Lígia et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. P.171-200.

\_\_\_\_\_. Construtores da Saúde Coletiva. Mário Magalhães: desenvolvimento é saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, ago. 2015, vol.20, nº 8. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000802453&script=sci\\_arttext#B18](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000802453&script=sci_arttext#B18)>

Acesso em out. 2015.

FAÇANHA, Mônica C. et al. Treinamento da Equipe de Saúde e Busca Ativa na Comunidade: estratégias para a detecção de casos de TB. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 2009;35(5):449-454. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132009000500010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132009000500010)> Acesso em 15 abr. 2015.

FADUL, W. Minha Política Nacional de Saúde. *Revista Saúde em Debate*, nº 7-8, p. 67-76. abr-maio-jun, 1978. Disponível em <[http://docvirt.com/asp/acervo\\_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.7&pesq=&x=38&y=9](http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.7&pesq=&x=38&y=9)> Acesso em 26 abr. 2014.

FALEIROS, V. de P.; SILVA, J. de F. S. da; VASCONCELLOS, L. F. de; SILVEIRA, R. M. G. *A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <[sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5444](http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=5444)> Acesso em 6 mar. 2014.

FAORO, Raymundo. *Os Donos do Poder: formação do patronato político brasileiro*. 3 ed. São Paulo: Globo, 2001.

FAUSTO, Boris. *História do Brasil*. 14 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2013.

FÁVERO, Osmar (Org.). *A Educação nas Constituições Brasileiras 1823-1988*. 3 ed. Campinas: Autores Associados, 2005.

FERREIRA, Sérgio; MORAIS, Ricardo M. de. Federalismo fiscal, municípios: despesa com saúde e transferências federais. *Informativo Banco Federativo do BNDES*, n. 38, 2002. Disponível em <[http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes\\_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/informesf/inf\\_38.pdf](http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/informesf/inf_38.pdf)> Acesso em 15 abr. 2015.

FIGUEIREDO, Luiz T. M. Emergent arboviruses in Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Uberaba, v. 40, n. 2, p. 224-229, abr. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822007000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822007000200016&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 16 jul. 2016.

FILOMENO, Felipe Amin. A crise Baring e a crise do Encilhamento nos quadros da economia-mundo capitalista. *Revista Economia e Sociedade*. Campinas, abr. 2010, vol.19, nº 1. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-06182010000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-06182010000100006)> Acesso em 7 jan. 2014.

FONTES, Olney Leite. A Educação Biomédica em Transição Conceitual: um enfoque pós-moderno, 1997. 269 p. Tese (Doutorado em Educação) UNIMEP, Piracicaba.

GALVÃO, Márcio A. M. *Origem das Políticas de Saúde Pública no Brasil: do Brasil-Colônia à 1930*. Textos do Departamento de Ciências Médicas e Escola de Farmácia. Universidade Federal de Ouro Preto. Disponível em <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/origem\\_politicas\\_saude\\_publica\\_brasil.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf)> Acesso em 29 de mar. 2015.

GONÇALVES, Helen. A tuberculose ao longo dos tempos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 305-327, out. 2000. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702000000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000300004&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 19 jun. 2016.

GOOGLE ACADEMICO. Disponível em <[https://scholar.google.com.br/scholar?q=transi%C3%A7%C3%A3o+demogr%C3%A1fica+scielo&hl=pt-BR&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholar&sa=X&ved=0ahUKEwj9jbvApYzOAhUCkZAKHUHOAr4QgQMIGjAA](https://scholar.google.com.br/scholar?q=transi%C3%A7%C3%A3o+demogr%C3%A1fica+scielo&hl=pt-BR&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar&sa=X&ved=0ahUKEwj9jbvApYzOAhUCkZAKHUHOAr4QgQMIGjAA)> Acesso em 16 jun. 2016.

GOULART, Flávio. A. de A. Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Ciência e Saúde Coletiva*. São Paulo, 2001, vol.6, n.2, p.292-298. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200003)> Acesso em 20 abr. 2014.

GRIECO, J. & CARDOSO, F. A. *A Tuberculose em São Paulo*. São Paulo: Instituto de Higiene da Universidade de São Paulo, 1939.

GUSMÃO, Cristine M. G de; et al (Orgs.). *Relatos de Uso de Tecnologias Educacionais na Educação Permanente de Profissionais de Saúde no Sistema Universidade Aberta do SUS*. Ed. Universitária UFPE, Recife, 2014. Disponível em <[http://unasus.gov.br/sites/default/files/livro\\_relatos\\_una-sus\\_2014.pdf](http://unasus.gov.br/sites/default/files/livro_relatos_una-sus_2014.pdf)> Acesso em 7 fev. 2015.

GUSMÃO, Cristine M. G de; et al (Orgs.). *II Relato de Experiências em Tecnologias Educacionais do Sistema UNA-SUS em 2015*. Ed. Universitária UFPE, Recife, 2015. Disponível em

<[http://unasus.gov.br/sites/default/files/2\\_relato\\_de\\_experiencias\\_em\\_tecnologias\\_educacionais\\_do\\_sistema\\_unasus.pdf](http://unasus.gov.br/sites/default/files/2_relato_de_experiencias_em_tecnologias_educacionais_do_sistema_unasus.pdf)> Acesso em 12 abr. 2015.

IAMAMOTO, Marilda V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no serviço social contemporâneo. In: MOTA, Ana Elisabete. et al. *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 97-120.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/>> Acesso em 08 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil: 2009/IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais*. Disponível em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=242597>> Acesso em 2 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. *Projeção da População - 2015*. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>> Acesso em 20 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. *Sinopse do Senso Demográfico 2010*. Disponível em <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/sinopse\\_tab\\_brasil\\_zip.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/sinopse_tab_brasil_zip.shtm)> Acesso em 20 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. *Taxa média geométrica de crescimento anual da população (2012)*. Disponível em <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=CD106>> Acesso em 20 mai. 2016.

IX Conferência Nacional de Saúde. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_9.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf)> Acesso em 20 abr. 2014.

João de Barros Barreto. Universidade Federal da Paraíba – UFPA, 2010. Disponível em <[www.barrosbarreto.ufpa.br](http://www.barrosbarreto.ufpa.br)> Acesso em 10 jul. 2016.

LABRA, Maria Eliana. Sanitarismo Desenvolvimentista. In: Teixeira SMF (Org.). *Antecedentes da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: PEC, ENSP; 1988. Textos de Apoio. p. 15-25. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000802453](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000802453)> Acesso em 20 abr. 2014

LEITE, Clarice Q. F.; TELAROLLI JR., Rodolpho. Aspectos epidemiológicos e clínicos da tuberculose. *Revista de Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v.18, n.1, p. 17-28, 1997.

LEVCOVITZ, Eduardo; LIMA Luciana D.; MACHADO, Cristiani, V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e Saúde Coletiva*. vol. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>> Acesso em 20 out. 2013.

LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O. e HOCHMAN, G. A saúde na Construção do Estado Nacional do Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N. T. et al (Orgs.). *Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LITTO, Frederic M. IN: GUSMÃO, Cristine M. G de; et al (Orgs.). *Relatos de Uso de Tecnologias Educacionais na Educação Permanente de Profissionais de Saúde no Sistema Universidade Aberta do SUS*. Ed. Universitária UFPE, Recife, 2014, p.8 e 9. Disponível em <[http://unasus.gov.br/sites/default/files/livro\\_relatos\\_una-sus\\_2014.pdf](http://unasus.gov.br/sites/default/files/livro_relatos_una-sus_2014.pdf)> Acesso em 7 fev. 2015.

LÜDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, Kleber Giovanni; SANTOS, Glauco Igor Viana dos; VIEIRA, Renata de Magalhães. Febre pelo vírus Zika. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, 24(4):785-788, out-dez 2015. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00785.pdf>> Acesso em 14 fev. 2016.

MACHADO R.; LOUREIRO A.; LUZ R. e MURICY K. *Danação da Norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MACIEL, Marina de S.; MENDES, Plínio D.; GOMES, Andréia P.; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*. São Paulo, 2012 mai-jun;10(3):226-30. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n3/a2886.pdf>> Acesso em 27 nov. 2015.

MARQUES, E. C., ARRETCHE, M. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. *CADERNO CRH*. Salvador, jul./dez. 2003, n. 39, p. 55-81.

MEDICI, A. *El desafío de la descentralización: financiamiento público de la salud en Brasil*. Washington, BID, 2002. Disponível em <[https://www.researchgate.net/publication/31728336\\_El\\_desafio\\_de\\_la\\_descentralizacion\\_finan](https://www.researchgate.net/publication/31728336_El_desafio_de_la_descentralizacion_finan)

ciamento\_publico\_de\_la\_salud\_en\_Brasil\_AC\_Medici\_pref\_de\_Ricardo\_Santiago> Acesso em 2 mai. 2014.

MELLO, C. G. de. *O Sistema de Saúde em Crise*. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.

MINAS GERAIS - Secretaria de Estado de Saúde. *Nota Técnica Sobre Zika Vírus (ZIKV)*. Disponível em <[http://www.hc.ufpr.br/arquivos/06475\\_nota\\_tecnica\\_sobre\\_zika\\_virus.pdf](http://www.hc.ufpr.br/arquivos/06475_nota_tecnica_sobre_zika_virus.pdf)> Acesso em 20 mar. 2016.

MIRANDA, Cybelle Salvador; BELTRÃO, Jane Felipe; HENRIQUE, Márcio Couto; BESSA, Brena Tavares. Santa Casa de Misericórdia e as políticas higienistas em Belém do Pará no final do século XIX. *Revista História e Ciência da Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro jan./abr. 2015 vol.22, n.º.2. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702015000200013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702015000200013&script=sci_arttext)> Acesso em 6 fev. 2014.

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

OLIVEIRA, C. R. *Medicina e Estado – origem e desenvolvimento da medicina social – Bahia: 1866-1896*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1983.

OLIVEIRA, Cleiton de. A Municipalização do Ensino Brasileiro. In: OLIVEIRA, Cleiton et al. *Municipalização do Ensino no Brasil*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999. p.11-36.

OLIVEIRA, J. A. de A.; TEIXEIRA, S. M. F. *(Im) previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis: Vozes / Abrasco, 1986.

OLIVEIRA, Romualdo P. de; ADRIÃO, Thereza M. de F. (Orgs.). *Gestão, Financiamento e Direito à Educação*. São Paulo: Xamã, 2002.

OLIVEIRA, Vinícius. IN: GUSMÃO, Cristine M. G de; et al (Orgs.). II Relato de Experiências em Tecnologias Educacionais do Sistema UNA-SUS em 2015. Ed. Universitária UFPE, Recife, 2015. Disponível em <[http://unasus.gov.br/sites/default/files/2\\_relato\\_de\\_experiencias\\_em\\_tecnologias\\_educacionais\\_do\\_sistema\\_unasus.pdf](http://unasus.gov.br/sites/default/files/2_relato_de_experiencias_em_tecnologias_educacionais_do_sistema_unasus.pdf)> Acesso em 12 abr. 2015.

PAIM, J. 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Disponível em <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6186/1/Paim%20JS.%208%20CNS%20Direito%20a%20saude,%20cidadania%20e%20Estado%201986.pdf>> Acesso em 17 abr. 2014.

Pan American Health Organization (PAHO). *Countries and territories with autochthonous transmission in the Americas reported in 2015-2016*. Disponível em <[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11603:countries-territories-zika-autochthonous-transmission-americas&Itemid=41696&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11603:countries-territories-zika-autochthonous-transmission-americas&Itemid=41696&lang=en)> Acesso em 2 jun. 2016.

Pan American Health Organization (PAHO). *Dados da Colômbia*. Disponível em <[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=35139&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=35139&Itemid=270&lang=en)> Acesso em 2 de jul. 2016.

PEREIRA, Susan M et al . Vacina BCG contra tuberculose: efeito protetor e políticas de vacinação. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 59-66, set. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000800009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000800009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 19 jun. 2016.

PIERANTON, Célia R.; VARELLA, Thereza C.; SANTOS, Maria R. dos; FRANÇA, Tânia; GARCIA, Ana C. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. *Revista Physis*. Rio de Janeiro, 2008, vol.18, n.4. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312008000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000400005)> Acesso em 12 nov. 2014.

QUEIROZ, Luisa G. *Arquitetura da cooperação intergovernamental: os consórcios em saúde em Mato Grosso*. (Dissertação de mestrado). Rio de Janeiro, 2001. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/bvsSP/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=TESESSP&lang=p&format=detailed.pft&indexSearch=ID&exprSearch=300707>> Acesso em 27 abr. 2014.

RAMPAZZO, Lino. *Metodologia Científica para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação*. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

REIS, Denizi. O.; ARAÚJO, Eliane. C.; CECÍLIO Luiz. C. de O. *Políticas Públicas de Saúde: Sistema Único de Saúde*. Disponível em

<[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/2/unidades\\_conteudos/unidade04/unidade04.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf)> Acesso em 20 jan. 2016.

RODRIGUEZ NETO, E. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986*. Disponível em <[http://www.ccms.saude.gov.br/conferenciasnacionaisdesaude/pdfs/8conferencia/8conf\\_nac\\_anais.pdf](http://www.ccms.saude.gov.br/conferenciasnacionaisdesaude/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf)> Acesso em 23 abr. 2014.

\_\_\_\_\_. *Saúde: promessas e limites da Constituição*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SANTA CATARINA – Diretoria de Vigilância Epidemiológica. *Calendário da semana epidemiológica*. Disponível em <[http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/calendario\\_epidemiologico/calendario-epidemiologico-2016.pdf](http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/calendario_epidemiologico/calendario-epidemiologico-2016.pdf)> Acesso em 2 jul. 2016.

SANTOS, N. R. “Onde dá SUS dá certo”. BIS, *Boletim do Instituto de Saúde* (Impr.) São Paulo 2008 <[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122008000400005&lng=es&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122008000400005&lng=es&nrm=iso)> Acesso em 23 abr. 2014.

SÃO PAULO (Estado). Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE. Disponível em <<http://www.seade.gov.br/>> Acesso em 22 set. 2013.

\_\_\_\_\_. *Conceitos e Definições da Saúde e Epidemiologia usados na Vigilância Sanitária*. Secretaria Estadual de Saúde, 2007. Disponível em <[http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid\\_visu.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visu.pdf)> Acesso em 19 jun. 2016.

SARRETA, Fernanda Oliveira. *Educação Permanente em Saúde para os Trabalhadores do SUS*. (Tese de Doutorado). Franca, 2009, p. 153. Disponível em <<http://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/ServicoSocial/fernanda.pdf>> Acesso em 6 de fevereiro de 2014.

SCHOTT, M. *Educação Permanente em Saúde: implementação da política no estado de São Paulo*. (Tese de Doutorado) Campinas, 2013. Disponível em <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=000919655&idsf=>>> Acesso em 19 mar. 2014.

SEVERO, Norma Pinheiro Franco et al. Características clínico-demográficas de pacientes hospitalizados com tuberculose no Brasil, no período de 1994 a 2004. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 565-571, out. 2007. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-37132007000500012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132007000500012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 jun. 2016.

SILVA, C. C. da; SILVA, A. T. M. C. da; BRAGA, J. E. F. Revisitando a formação de Recursos Humanos no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2009, Vol. 13, nº 13, p. 23-30. Disponível em <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/4150/4454>> Acesso em 12 nov. 2014.

SILVA, J. A. da. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. *Cadernos RH Saúde*. Brasília, 1994, vol.2, n.1. Disponível em <<http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/periodicos/crHSV2n1.pdf>> Acesso em 20 abr. 2014.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodolpho, GOMES Andréia P.; BISAGLIA, Joana B, et al. Screening for pulmonary tuberculosis in Teresópolis, RJ, Brazil. The search for respiratory symptomatic patients in emergency service of “Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano, Fundação Educacional Serra dos Órgãos”. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 2005;47(2):117-8. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-46652005000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652005000200013)> Acesso em 10 nov. 2015.

SIQUEIRA-BATISTA, R; Guedes AGM; Gomes AP; et al. Resposta imune ao Mycobacterium tuberculosis: nível de conhecimento de profissionais de Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro antes e após capacitação sobre tuberculose. *Pulmão RJ* 2006; 15(4):238-246. Disponível em <[http://www.sopterj.com.br/profissionais/\\_revista/2006/n\\_04/06.pdf](http://www.sopterj.com.br/profissionais/_revista/2006/n_04/06.pdf)> Acesso em 21 jun. 2016.

SOUSA, Ludmilla Monfort Oliveira; PINHEIRO, Rejane Sobrino. Óbitos e internações por tuberculose não notificados no município do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 31-39, fev. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100004&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 21 jun. 2016.

SOUZA, Celina. Federalismo e Descentralização na Constituição de 1988: processo decisório, conflitos e alianças. *Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, 2001, vol. 44, nº 3, p 513-560. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0011-52582001000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&userID=-2](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582001000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&userID=-2)> Acesso em 17 out. 2013.

SOUZA, Marcus Vinícius Nora de; VASCONCELOS, Thatyana Rocha Alves. Fármacos no combate à tuberculose: passado, presente e futuro. *Química Nova*, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 678-682, ago. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-40422005000400022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-40422005000400022&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 19 jun. 2016.

TEIXEIRA, Maria da Glória et al. Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. *Informativo Epidemiológico*. Brasília, v. 7, n. 1, p. 7-28, mar. 1998. Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16731998000100002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731998000100002&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em 25 jun. 2016.

TEIXEIRA, Maria Glória. Zika e Microcefalia: uma pandemia em progresso. *Ensaio e Diálogos em Saúde Coletiva*. mai. 2016, p. 1-61. Disponível em <[https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/Revista-ENSAIOS-DI%C3%81LOGOS\\_FINAL\\_PDF1.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/Revista-ENSAIOS-DI%C3%81LOGOS_FINAL_PDF1.pdf)> Acesso em 6 jun. 2016.

TEIXEIRA, S. M. F. (Coord.). *Antecedentes da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: PEC. Ensp, 1988.

URIAS, Vagner; WATANABE, Vera Lúcia Bandeira dos Santos; BERTOLOZZI, Maria Rita. Estudo sobre a Estratégia do Tratamento Supervisionado para a Tuberculose (DOTS) em uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo. *Revista Saúde Coletiva*, 2005,02(7):84-88. Disponível em <<http://www.redalyc.org/html/842/84220794004/>> Acesso em 6 jun. 2016.

VASCONCELOS, Pedro Fernando da Costa. Doença pelo vírus Zika: um novo problema emergente nas Américas? *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, 2015; 6(2):9-10. Disponível em <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232015000200001](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232015000200001)> Acesso em 6 nov. 2015.

VAZQUEZ, Daniel A. *A Regulação Federal Como Mecanismo de Ajuste: uma análise da lei fiscal e do financiamento das políticas de educação e saúde*. (Tese de Doutorado) Instituto de Economia UNICAMP, 2010. Disponível em <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000767700>> Acesso em 6 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Efeitos da Regulação Federal Sobre o Financiamento da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, jun/2011, vol. 27, n. 6, p. 1201-1212. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000600017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000600017)> Acesso em 19 de ago. 2014.

VIANA, Ana L. d'Ávila; MACHADO, Cristiani V. Descentralização e Coordenação Federativa: a experiência brasileira na saúde. *Revista de Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Mai./Jun. 2009, vol.14, n. 3.

X Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1996. Disponível em <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>> Acesso em 20 abr. 2014.

WEBER, Max. *Sociologia*. São Paulo: Ática, 1979. (Coleção Grandes Cientistas Sociais n.13)

WONG, Laura L. Rodríguez; CARVALHO, José. A.. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Revista Brasileira de Estudos da População*. São Paulo, v. 23, n. 1, p. 5-26, jun. 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982006000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982006000100002&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 18 jul. 2016.

World Health Organization (WHO). *Global Tuberculosis Report 2014*. Disponível em <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf)> Acesso em 28 mar. 2015.

## ANEXO

### Anexo 1 – Lista Nacional de Notificação Compulsória

Nº	DOENÇA OU AGRAVO (Ordem alfabética)
1	a. Acidente de trabalho com exposição a material biológico
	b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes
2	Acidente por animal peçonhento
3	Acidente por animal potencialmente transmissor da raiva
4	Botulismo
5	Cólera
6	Coqueluche
7	a. Dengue – Casos
	b. Dengue – Óbitos
8	Difteria
9	Doença de Chagas Aguda
10	Doença de Creutzfeldt-Jakob (DCJ)
11	a. Doença Invasiva por "Haemophilus Influenza"
	b. Doença Meningocócica e outras meningites
12	Doenças com suspeita de disseminação intencional: Antraz pneumônico Tularemia Varíola
13	Doenças febris hemorrágicas emergentes/reemergentes: Arena, vírus Ebola, Marburg
14	a. Doença aguda pelo vírus Zika
	b. Doença aguda pelo vírus Zika em gestante
	c. Óbito com suspeita de doença pelo vírus Zika
15	Esquistossomose
16	Evento de Saúde Pública (ESP) que se constitua ameaça à saúde pública (ver definição no Art. 2º desta portaria)
17	Eventos adversos graves ou óbitos pós-vacinação

18	Febre Amarela
19	a. Febre de Chikungunya
	b. Febre de Chikungunya em áreas sem transmissão
	c. Óbito com suspeita de Febre de Chikungunya
20	Febre do Nilo Ocidental e outras arboviroses de importância em saúde pública
21	Febre Maculosa e outras Riquetisioses
22	Febre Tifoide
23	Hanseníase
24	Hantavirose
5	Hepatites virais
26	HIV/AIDS - Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana ou Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
27	Infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e Criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV
28	Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)
29	Influenza humana produzida por novo subtipo viral
30	Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados)
31	Leishmaniose Tegumentar Americana
32	Leishmaniose Visceral
33	Leptospirose
34	a. Malária na região amazônica
	b. Malária na região extra Amazônica
35	Óbito: Infantil Materno
36	Poliomielite por poliovírus selvagem
37	Peste
38	Raiva humana
39	Síndrome da Rubéola Congênita
40	Doenças Exantemáticas: Sarampo, Rubéola
41	Sífilis: Adquirida Congênita Em gestante
42	Síndrome da Paralisia Flácida Aguda
43	Síndrome Respiratória Aguda Grave associada a Coronavírus SARS-CoV MERS- CoV
44	Tétano: Acidental Neonatal
45	Toxoplasmose gestacional e congênita
46	Tuberculose

47	Varicela - caso grave internado ou óbito
48	a. Violência doméstica e/ou outras violências
	b. Violência sexual e tentativa de suicídio

Fonte: Portaria 204 de 17 de fevereiro de 2016. Disponível em <<http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=portaria204-17-fevereiro-2016.pdf>> Acesso em 6 mar. 2016.