

## A Trajetória da Saúde Pública no Brasil

### The Trajectory Of Public Health in Brazil

**Bruna Rosário Silva<sup>1</sup>**  
**André Vasconcelos da Silva<sup>2</sup>**

**Resumo:** Este estudo possui como principal objetivo compreender o processo de constituição histórica do campo da saúde no Brasil, apresentando seus principais setores e características. Essa compreensão promoverá o entendimento sobre as particularidades do processo decisório realizado nesse campo. Sua construção foi norteada pela seguinte questão: Historicamente, como se deu o processo de articulação do campo da saúde no Brasil? A pesquisa bibliográfica permitiu a construção de um panorama detalhado da constituição da saúde do Brasil, realizando um retorno histórico até o século XV a fim de identificar as principais transformações ocorridas nesse campo. Através desse estudo pôde-se perceber que a saúde brasileira foi direcionada a grupos seletos nos primeiros momentos de sua organização, modificando-se com o decorrer da transição dos sistemas de governo. Para mais, aspectos relacionados a organização das instituições e os serviços prestados são de fundamental importância para o entendimento do processo de decisão realizado nesse ambiente (empreendimento dos próximos estudos). A identificação dos diferentes departamentos, bem como dos serviços por eles prestados permite ampliar a visão sobre a dimensão dos espaços de decisão, desconstruindo percepções centradas apenas no espaço interno dos estabelecimentos.

**Palavras-chave:** Decisão em saúde. História da Saúde no Brasil. Pesquisa Bibliográfica.

**Abstract:** The main objective of this study is to understand the process of historical constitution of the field of health in Brazil, presenting its main sectors and characteristics. This understanding will promote the understanding of the particularities of the decision-making process carried out in this field. Its construction was guided by the following question: Historically, how did the process of articulating the field of health in Brazil take place? The bibliographic research allowed the construction of a detailed overview of the constitution of health in Brazil, making a historical return to the 15th century in order to identify the main

<sup>1</sup> Mestre pelo Programa de Pós-graduação em Gestão Organizacional da Universidade Federal de Catalão-UFCAT. E-mail: brunaadm08@hotmail.com

<sup>2</sup> Doutor em ciências do comportamento UnB, professor titular e pesquisador da UFCAT. E-mail: andre\_vasconcelos\_silva@ufcat.edu.br

**Recebido em: 12 /01/2026**  
**Aprovado em: 06/04/2026**

**Sistema de Avaliação: Double Blind Review**



transformations that occurred in this field. Through this study, it was possible to perceive that Brazilian health was directed to select groups in the first moments of its organization, changing with the course of the transition of government systems. Furthermore, aspects related to the organization of institutions and the services provided are of fundamental importance for the understanding of the decision process carried out in this environment (undertaking of the next studies). The identification of the different departments, as well as the services provided by them, makes it possible to broaden the view on the dimension of decision spaces, deconstructing perceptions focused only on the internal space of the establishments.

**Keywords:** Decision in health. History of Health in Brazil. Bibliographic research.

## INTRODUÇÃO

A organização do sistema de saúde brasileiro (SUS) estruturou-se historicamente de maneira desigual, atendendo, em seus estágios iniciais, às demandas de grupos sociais restritos e economicamente privilegiados. Durante o período colonial e parte da formação do Estado nacional, a assistência à saúde desenvolveu-se de forma fragmentada, sem a constituição de políticas públicas universalizantes, o que resultou na exclusão sistemática de amplos segmentos da população. Esse modelo refletia as condições sociais, econômicas e políticas de cada época, nas quais a saúde não era concebida como direito social, mas como benefício associado à posição social e ao acesso a recursos institucionais específicos (Maziero, 2019).

A partir das transformações sociais e políticas ocorridas ao longo do século XX, especialmente com o avanço dos debates em torno da Reforma Sanitária, o campo da saúde passou por um processo gradual de ampliação e reorganização, culminando na universalização dos serviços básicos com a criação do Sistema Único de Saúde. Compreender essa trajetória histórica permite apreender não apenas os principais setores e características estruturantes do sistema de saúde brasileiro, mas também as particularidades que permeiam os processos decisórios nesse campo, fortemente marcados por heranças institucionais, disputas políticas e demandas sociais acumuladas ao longo do tempo. Assim, este estudo orienta-se pela seguinte questão norteadora: historicamente, de que modo se deu o processo de articulação do campo da saúde no Brasil (Maziero, 2019).

A saúde no Brasil teve sua história iniciada no período da Colonização, passando por vários marcos, até chegar ao surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e Oliveira (2012) retrata em seu estudo essa jornada histórica. E o SUS surge como uma resposta às reivindicações populares de melhores condições públicas de saúde. Assim, fez-se uso da pesquisa bibliográfica, para compilar um conjunto de dados e informações sobre as

especificidades da saúde brasileira nos diferentes momentos da história. De acordo com Gil (1999), a pesquisa bibliográfica faz uso de pesquisas já produzidas, constituindo-se como uma base indispensável para qualquer pesquisa de todas as áreas do conhecimento. A pesquisa bibliográfica permite identificar o nível de evidencia de determinados debates, evitando repetições temáticas.

Os resultados abrem um leque de possibilidades para a compreensão do processo decisório realizado nos diferentes espaços do campo da saúde. O processo decisório responsável por ordenar os serviços ofertados pelos sistemas e instituições de saúde devem considerar a quantidade de recursos disponíveis, para isso faz-se necessário analisar toda a conjuntura do espaço de decisão. Nesse sentido, o resgate histórico resgata dados importantes para que as próprias origens do processo de tomada de decisão nesse campo sejam compreendidas. Custos, aspectos éticos e estrutura dos estabelecimentos são fatores apresentados ao longo do texto. Além disso, a relação oferta x demanda recebe destaque devido ao seu impacto sobre a estrutura dos estabelecimentos, bem como dos planos estatais e privados de oferta de serviços.

Ressalta-se que este estudo não versou sobre o processo decisório em si, apenas promoveu o reconhecimento do campo da saúde a fim de subsidiar a discussão desenvolvidos nos dois próximos estudos. Lembrando que a decisão se manifesta conforme a disponibilidade de dois agentes, o sujeito racional que se relaciona constantemente com as demandas, necessidades e estímulos do meio em que se situa. O primeiro apresenta os índices de produção de estudos relativos ao campo da saúde entre os anos de 2016 e 2021 e o segundo apresenta reflexões sobre possíveis lacunas temáticas.

### **1-Trajatória Histórica da Saúde Pública no Brasil**

De acordo com o autor, nos séculos XV e XVI, com o aumento do comércio e circulação de mercadorias no Brasil, iniciou-se também a chamada “circulação microbiana”, onde doenças como cólera, varíola e outras foram disseminadas no Brasil, através de viajantes europeus que aqui transitavam, além das doenças tropicais aqui já existentes, como a malária, iniciava um cenário de alerta à saúde pública. Ainda nessa época, entre as práticas terapêuticas primitivas que podem ser citadas, têm-se os tratamentos com ervas nativas, práticas de feitiços e rezas, dentre outros.

Oliveira (2012) ainda traz que no ano de 1549 tem-se a implantação do modelo de Santa Casa de Misericórdia, trazido por Braz Cubas, com cunho de obras sociais, porém, com a

população composta da maioria por mão-de-obra escrava, essa assistência à saúde era muito precária.

## 1.1 Século XIX

Com a chegada da Família Real portuguesa ao Brasil, em 1808, inaugurou-se um marco decisivo na trajetória da saúde pública no país, especialmente no que se refere à institucionalização do ensino médico. A criação das Faculdades de Medicina na Bahia e no Rio de Janeiro representou não apenas a formação sistematizada de profissionais da área, mas também a incorporação de avanços científicos relevantes, como o aprofundamento dos estudos em anatomia humana e a difusão do uso do microscópio. Esses elementos contribuíram de maneira significativa para a modernização das práticas médicas e para a constituição de uma base científica mais sólida no campo da saúde, ainda que restrita a determinados espaços urbanos e a grupos sociais específicos, refletindo as desigualdades estruturais do período (Maziero, 2019).

Posteriormente, já no final do século XIX, especialmente a partir de 1889, observa-se a intensificação das transformações institucionais no campo da saúde, impulsionadas pela ascensão da chamada burguesia cafeeira e pelas mudanças políticas associadas à Proclamação da República. Nesse contexto, iniciaram-se processos graduais de substituição das administrações hospitalares de cunho predominantemente religioso por estruturas mais alinhadas à racionalidade estatal e científica, acompanhados pela regulamentação da prática médica e pela ampliação da construção de hospitais públicos. Tais mudanças sinalizam um movimento inicial de secularização e profissionalização da saúde no Brasil, ainda marcado por limites estruturais, mas fundamental para a consolidação posterior de políticas públicas sanitárias mais abrangentes (Ferreira Neto, 2024).

## 1.2-Século XX

Seguindo ainda a ordem cronológica Oliveira (2012) aponta que, no ano de 1902 começa-se a tratar das Políticas Sanitárias no Brasil, onde tem-se o Código Sanitário, com a figura de Oswaldo Cruz à frente, que visava combater fortemente as epidemias, por exemplo da febre amarela, muito presentes naquela época. Com a presença marcante do autoritarismo e rigidez em tais políticas, podendo ser citada a obrigatoriedade de vacinas, por exemplo, surge então uma revolta popular, conhecida como Revolta da Vacina, no ano de 1904, como forma

de insatisfação popular pelas condutas tomadas até então.

Esse período ficou conhecido como modelo de assistência campanhista, pois esta estava voltada para o controle das endemias da época, com forte finalidade de apoiar as exportações brasileiras, segundo Bertolli Filho (1996).

No ano de 1923, impulsionado pelas revoltas populares e movimentos anarquistas, o chefe de polícia da época, Eloy Chaves, propôs regulamentação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), onde algumas classes trabalhadoras contribuía, junto com seu patronato, para aposentadoria e uma parte para atenção à saúde. A União ainda se mostrava ausente das contribuições nesse sentido.

A década de 1930, segundo Oliveira (2012), é marcada pelo Governo de Getúlio Vargas, onde o Estado transforma as CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e passa a colaborar com 15% do total da receita e o restante advinha das contribuições dos patrões e empregados. Esses IAPs abrangiam mais classes trabalhadores que as CAPs. Ainda nessa década ocorreu a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) o que conferiu mais atenção ao sistema de saúde da época.

A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) marcou a década de 1940, onde ações como criação de postos e centros de saúde permanente marcam o período, bem como a atenção à saúde da população rural.

O Ministério da Saúde surge no ano de 1953, onde as políticas públicas focavam no combate e prevenção de doenças transmissíveis. Importante ressaltar que, políticas públicas, segundo Acurcio ([S/I]), são as respostas dadas pelo Estado frente a uma necessidade manifestada pela população. Nesse contexto, tem-se o surgimento e crescimento da indústria de medicamentos e equipamentos hospitalares. Acurcio ([S/I]), aponta ainda que neste período, a atenção primária (centros de saúde) foi deixada em segundo plano, em detrimento dessa expansão e investimento na assistência médica hospitalar.

Relacionado a isso, tem-se ainda o aumento do quantitativo de operários trabalhando nessas indústrias e conseqüentemente o aumento da demanda por serviços de saúde. Nesse momento, considerada a incapacidade de absorção dessa demanda pelo Estado, surgem os convênios-empresa e a referência de saúde na busca de atendimento em hospitais.

O ano de 1964 é marcado no Brasil pelo Golpe Militar e Regime Autoritarista da administração pública, onde há a presença da expansão do serviço de saúde privado, paralelo com a piora da assistência à saúde pública. Neste momento surge o Instituto Nacional de

Previdência Social (INPS), que absorveu os IAPs, onde a incorporação de várias outras categorias profissionais, como empregadas domésticas e trabalhadores rurais, fez o sistema inchar ainda mais, sem o devido investimento no sistema, o que piorou ainda mais a insatisfação populacional quanto ao sistema de saúde.

Bertolli Filho (1996) salienta que, essa transformação dos IAPs no INPS, por um lado garantiu a participação de toda a classe trabalhadora antes não abrangida, dando-lhes acesso à assistência de saúde. Enquanto isso permitiu maior arrecadação e apropriação, por parte do Estado, da contribuição desses tais trabalhadores, que se utilizou desses recursos como estratégia política, realizando investimentos em construções que foram posteriormente vendidas a estrangeiros.

Oliveira (2012) aponta que na década de 1970 tem-se alguns movimentos importantes como a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), tendo sendo 79,5% destinados para o setor privado e apenas 20,5% para o setor público, criação também do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), além da presença da Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde. Todos esses movimentos foram impulsionados pelas reivindicações de saúde para todos, além de propostas feitas pela própria Organização Mundial da Saúde, com políticas de ações práticas e exequíveis para a saúde pública.

Segundo Bertolli Filho (1996), esse período foi marcado pelo movimento sanitário no Brasil, onde alguns profissionais de saúde, conhecedores e preocupados com a situação crítica da saúde no país naquele momento, unem-se a outras figuras de líderes populares para evidenciar a situação precária do sistema, mas ao mesmo tempo proporem uma nova forma de sistematização do tema saúde, com propostas de humanização e universalização da saúde, postas através da reforma sanitária. Foram nas Universidades que esses movimentos se desenvolveram, os espaços de formação onde a saúde era discutida de modo crítico.

No ano de 1974, segundo Acurcio ([S/I]), a população estava marcada pela concentração de renda e conseqüentemente acentuação da pobreza, e é também neste momento que surgem as epidemias de poliomielite e de meningite e sem tem uma destinação muito escassa de verbas à saúde pública. Além disso, essa época é caracterizada pela concentração na atenção individual da saúde, em detrimento da saúde em caráter coletivo e preventivo. Outro fator evidenciado pelo autor é a prática mercantilizada dos serviços médicos hospitalares, que estavam mais voltados ao lucro e desvinculada da prática de sanitização da saúde pública, sendo

considerada, portanto, elitista.

Ainda na década de 70, Acurcio ([S/I]), menciona o modelo assistencial privatista, muito presente, sustentado pelo tripé composto pelo Estado, enquanto agente financiado através da Previdência Social, pelo setor privado nacional, caracterizado pelo maior prestador de serviço de assistência média e setor privado internacional como maior provedor de insumos utilizados nessa prestação de serviços médico-hospitalares.

Já a década de 1980 vem marcada de vários acontecimentos que culminaram no surgimento do Sistema Único de Saúde no final da década. Esse período se apresenta marcado por eventos importantes, como o fim do regime de ditadura, que vigorou até 1985, caracterizando o processo de redemocratização do País, paralelo à uma profunda crise de políticas de saúde (Bertolli Filho, 1996).

Bertolli Filho (1996) afirma ainda que essa década foi marcada pela presença do modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde, onde se tinha a mínima intervenção do Estado, onde o mercado era o ator regulador dessas ações. Isso fez com que interesses individuais ou empresariais de quem detinha capacidade produtiva na época, seja de mão-de-obra seja de equipamentos médico-hospitalares, se sobressaíssem frente ao interesse coletivo, gerando ainda mais precariedade no sistema público de saúde ali vigente. Essa configuração propiciou então uma estrutura privatizada de saúde para aquele momento.

Essas contradições e insatisfações impulsionaram vários movimentos rumo à reorganização do sistema de saúde do país, e já em 1980, acontece a VII Conferência Nacional de Saúde onde são apresentadas as propostas de formulação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde). No ano seguinte (1981) surge o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), que aponta pra um sistema precário e ineficiente, o que culminou no desenvolvimento de políticas racionalização dos serviços públicos bem como a universalização do direito à saúde.

Essa racionalização dizia respeito à inquietação que se tinha sobre a má distribuição dos recursos da saúde, incorporação de novas tecnologias que encareciam o atendimento à saúde e também o desejo de quebra de modelo que prevalecia, onde o setor privado representava a maior parte das despesas na saúde. Portanto, a luta era para estabelecer um modelo racionalizado onde a parcela da população que até então era marginalizada, fossem incluída no acesso à saúde. Além disso, criticavam o modelo onde os hospitais eram prioritariamente colocados como centro de tratamento em detrimento da ênfase nos cuidados primários no setor

público.

Em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde, gestores de saúde foram convocados pelo Ministério da Saúde, em sua primeira vez, sendo considerado um marco político tamanha sua representatividade, visto que foi neste importante evento que ficaram delineadas as políticas e princípios norteadores do que viria a ser o SUS. Lembrando que esse movimento foi marcado pela forte onda de insatisfação sobre a saúde da população, piorada através das condições de vida ruim, desemprego e presença de classes fragilizadas devido à pobreza.

Em 1987 foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), já em um cenário mais propício de uma nova constituição, onde houve a presença de eleição indireta de um presidente não militar. Essa foi a ponte para inicialização do SUS, dada em 1988, tendo como balizadores os assuntos de universalização da rede de saúde, como um sistema único de atenção de saúde a todos os brasileiros.

Portanto, em 1988, através da Assembleia Nacional Constituinte, foi aprovada a nova Constituição Brasileira, incluindo pela primeira vez, uma seção sobre o tema saúde, onde incorporou temas e propostas essenciais elaboradas no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, acatando então as propostas da criação do SUS bem como a reforma sanitária. Esse destaque de seção saúde coloca a Constituição brasileira entre as mais avançadas do mundo, segundo Acurcio ([S/I]).

Assim, o SUS foi regulamentado em 1990 através das Leis 8080/90 e no. 8142/90, caracterizando-se pelo apanhado de ações referente aos serviços de saúde, prestadas prioritariamente pelas três esferas de poder público (federal, estadual e municipal) e de forma complementar pela iniciativa privada que tenha vínculo com o Sistema. O sistema deve funcionar de maneira única e sistemática em todo o território nacional, obedecendo às mesmas doutrinas e filosofias.

## 1.2-Surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS)

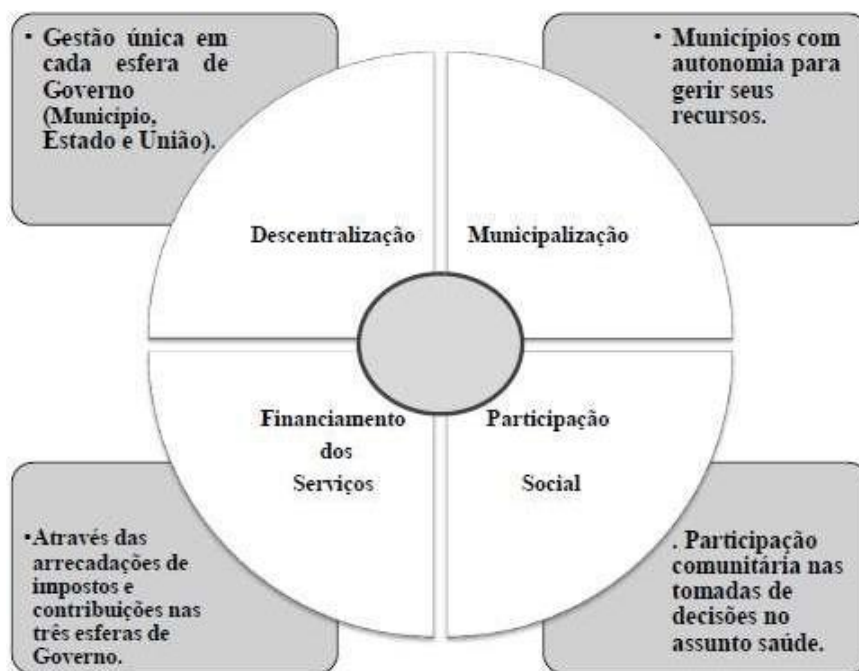
A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986, foi muito importante para a criação do SUS, pois foi dela que emanaram as várias diretrizes que formaram sua composição. Essas conferências foram instituídas, ainda em 1937, pela lei 378 de 13 de Janeiro de 1937, com o intuito de ter acompanhamento e avaliação constante do Sistema de Saúde, aconteceriam de dois em dois anos. Assim ocorreram as duas primeiras e depois se passou treze anos sem realiza-la, voltando a acontecer novamente em 1963 a III conferência nacional

de saúde.

Sendo assim, a importante temática de reformulação do Sistema de Saúde foi extraída da 8ª CNS, resgatando a discussão já tratada na década de 70, e então no ano de 1986, elaborasse esse projeto de reestruturação do setor, culminando na criação do SUS. Dentre outros, um dos principais pontos de proposta era a integração das três esferas de Governo (Municipal, Estadual e Federal), porém, aplicando-se independência de cada um para realização de um trabalho voltado para atenção das demandas locais de cada uma dessas esferas.

A figura 1 a seguir demonstra as diretrizes básicas propostas para o novo Sistema Único de Saúde.

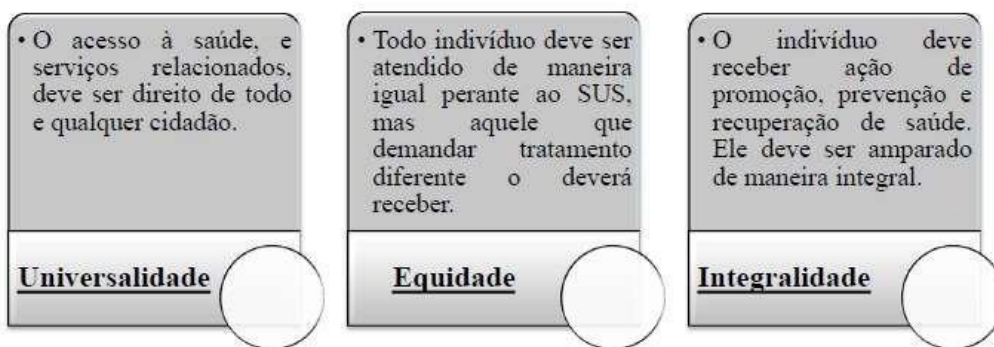
**Figura 1 - Diretrizes básicas propostas para o SUS.**



**Fonte:** Elaboração própria (2020).

Já figura 2 apresenta os seus princípios doutrinários para o Sistema Único de Saúde proposto.

**Figura 2 - Princípios doutrinários para o SUS**



**Fonte:** elaboração própria (2020).

O sistema deve atender a todos, ainda que o indivíduo não contribua com a Previdência Social, sem que haja pagamento pelo atendimento prestado. Além disso, o sistema deve estar voltado não somente para o indivíduo, mas na coletividade em que este indivíduo está inserido, no que diz respeito à prevenção, mas também ao tratamento demandado.

Quanto ao caráter de descentralização, isso quer dizer que as decisões devem ser tomadas pela esfera responsável pela execução das ações, porque isso confere caráter mais assertivo e de solução mais rápida para as demandadas.

Em relação ao princípio da racionalidade, trata-se de que o sistema deve oferecer os serviços de acordo com o que a população do local demanda e não o contrário. Ou seja, não adianta oferecer assistência de alta complexidade em um local onde não há nem a atenção primária da saúde. Já o princípio de eficiência e eficácia significa alocar da melhor forma os recursos para que se tenha resolutividade nas demandas atendidas.

O princípio de democracia também adotado no SUS, diz respeito em assegurar a participação de toda a população, sobretudo nos momentos de decisão sobre as questões que afetam diretamente a todos. A criação dos Conselhos de Saúde é uma estratégia para que todos tenham acesso ao que está sendo decidido sobre o SUS.

Ter a saúde como um bem público inalienável, provido pelo Estado, foi um marco histórico para a população do país, na história de saúde pública brasileira, alcançado através da criação e implantação do SUS, sobretudo para a população que carecia de tais serviços. Porém, os anos que sucederam à implantação desse sistema de saúde não foram tão favoráveis à essa regulamentação. Crises e momentos políticos, até mesmo com processo de pedido de *impeachment*, acabaram não apoiando para que a instalação e manutenção desse novo sistema fosse efetiva e desfavorecendo inclusive que a prática das diretrizes e princípios fossem

cumpridos na prática, mesmo como todas a legitimidade conferida ao SUS.

### 1.3-Atenção Primária de Saúde: O Programa de Saúde da Família

Em 1994 foi regulamentado, através da Portaria/MS nº 692, de 25 de março de 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), que apesar do nome, não foi considerado um novo programa do SUS pelo Ministério da Saúde, mas sim uma estratégia para consolidar e expandir os princípios do SUS.

Um dos principais objetivos do PSF é a concentração na atenção primária de saúde, através do atendimento multidisciplinar, contendo médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agente comunitário de saúde. São formadas diversas equipes com essa composição, onde o agente comunitário de saúde exercia o contato o elo entre a população atendida e a equipe do PSF. O caráter multidisciplinar confere uma amplitude no atendimento, sendo o indivíduo assistido por olhares diversos que se harmonizam.

De acordo com o site do Ministério da Saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e é caracterizada por atos de promoção e atenção da saúde, visando reduzir os impactos das mazelas ligadas à saúde do indivíduo através da prevenção e terapêutica adequada e em tempo efetivo. A atenção primária é considerada a porta de entrada do indivíduo para o SUS, onde o mesmo será destinado corretamente conforme sua necessidade, seja ela mais simples ou mais complexa.

A equipe de PSF realiza o acompanhamento das famílias, mesmo que ausentes de doenças, ou seja, a proposta é a promoção, prevenção, cura e reabilitação do indivíduo. Isso torna o programa não somente de caráter curativo, mas também preventivo. Além disso, a proximidade desses profissionais com a população local permitia a melhor intervenção de acordo com a real necessidade daquele local e não baseado em condições e necessidade generalistas.

Segundo o site do site do Ministério da Saúde, dentre as atividades da equipe PSF, podem ser citadas a ação de conhecimento sobre o perfil da população a ser atendida, bem como suas susceptibilidades à determinadas doenças, além de garantir que o atendimento seja iniciado e continuado, de acordo com a demanda do caso. O contato próximo ao indivíduo esteja ele doente ou não, também é responsabilidade da equipe de Saúde em Família, promovendo assim a saúde através da educação sanitária. Esses profissionais devem também incentivar a participação comunitária nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

Em síntese, nota-se que o vínculo entre a equipe multidisciplinar e a comunidade é um traço bem presente no reconhecimento do programa, visto que esse aspecto confere reconhecimento e cooperativismo mútuo, o que beneficia e fortalece as ações propostas.

Essa estratégia de saúde recebeu crítica, segundo Bertolli Filho (1996), sobre vários aspectos, sobretudo a respeito do foco para atenção à população mais pobre da sociedade, além da falta de mão-de-obra qualificada e manutenção da figura do médico como central e único agente de intervenção. Ademias, o programa recebeu julgamento de se concentrar mais no caráter de racionalização e redução de custos do que com a real intenção de operacionalizar a atenção básica e humanizada a qual se propôs.

Apesar disso, o mesmo autor cita ainda que no ano de 2000 o Ministério da Saúde enviou um questionário à coordenadores Estaduais de PSF, Secretários de Saúde Municipais e para as equipes de PSF a fim de verificar como a estratégia de Saúde da Família estava sendo operacionalizada em 24 Estados brasileiros. Os resultados da pesquisa apontaram que a maioria dos entrevistados via com otimismo e acreditavam na estratégia, apesar das dificuldades encontradas pelos profissionais no desempenho da atividade.

Os dados mais recentes do site do Ministério da Saúde apontam dados de 2017 sobre as equipes de PSF em todos os Estados do país, podendo ser observados na tabela a seguir.

**Tabela 1 - Cobertura nacional das equipes de Saúde da Família**

UF	Nº de Equipes por Estado	Nº de Habitantes Cobertos	Nº Médio de Habitantes por Equipe
MG	5.062	15.539.523	3.070
SP	5.018	16.875.288	3.363
BA	3.374	10.264.708	3.042
RJ	2.539	8.533.427	3.361
CE	2.289	6.845.490	2.991
PR	2.216	7.031.921	3.173
PE	2.138	6.714.263	3.140
MA	1.936	5.473.237	2.827
RS	1.890	6.034.158	3.193
SC	1.693	5.171.456	3.055
PB	1.335	3.597.098	2.694
PA	1.314	4.321.838	3.289
GO	1.310	4.061.670	3.101
PI	1.283	3.117.874	2.430
RN	986	2.561.172	2.598

AL	838	2.436.538	2.908
ES	681	2.171.787	3.189
MT	665	2.132.432	3.207
AM	648	2.032.053	3.136
SE	578	1.751.239	3.030
MS	531	1.704.504	3.210
TO	453	1.281.438	2.829
RO	377	1.217.888	3.230
DF	239	824.550	3.450
AC	207	594.775	2.873
AP	150	475.385	3.169
RR	122	361.023	2.959

**Fonte:** elaboração própria (2020).

Os dados nos mostram que todos os Estados brasileiros estão cobertos pelo PSF, além de evidenciar que, conforme normativa de funcionamento do programa, em todos os Estados as equipes atendem dentro do máximo de habitantes permitidos, ou seja, cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 (quatro mil) pessoas. Isso pode ser confirmado através do número médio de habitantes por equipe.

O ponto central discutido por Bertolli Filho (1996) quando o mesmo aborda sobre a crise paradigmática da saúde pública é quando ele defende que a crise não é sobre o teor técnico de viés curativo ou preventivo ou outros aspectos e sim de enxergar as bases ou pilares da construção do conceito de saúde, é o que o autor aponta como reflexão em torno da natureza do tema, como ele foi construído, até porque é essa concepção de saúde de uma sociedade é que faz com que o indivíduo se relacione de maneira efetiva e contributiva ou não com a saúde local. Se o cidadão acredita no trabalho que está sendo feito em prol da saúde da comunidade ele fará adesão ao tratamento, contribuindo para a eficácia do trabalho. Porém o contrário também se aplicará caso o entendimento conceitual aprendido por deste indivíduo não esteja guardando relação com o que está sendo feito.

Oliveira 1998 (*apud* Bertolli Filho) defende que para superação da crise de saúde, deve superar a lacuna entre comunidade e profissional da saúde, onde este último é considerado mais legítimo que o saber dos próprios indivíduos usuários ali pertencentes. Ou seja, comunidade e profissionais devem estar sobre uma mesma plataforma de nível, conversando entre si de modo que nenhum se sobreponha ao outro, onde a saúde seja produto de uma relação constantemente discutida e interagida entre esses atores.

Sob essa ótica, o autor defende que o construcionismo social seja o caminho para um

novo paradigma, que tende a superar a crise apontada na saúde. Isso é defendido ao passo que nessa perspectiva, trabalha-se a realidade social, que não surgiu e aguarda ser descoberta, mas sim, ela é construída de maneira contínua e conjunta pelos atores humanos que se relacionam na sociedade, em determinado processo, neste caso, a saúde pública. Esse pensamento discute que o diálogo é o fator de construção dos sentidos.

Nesse sentido, o modelo de PSF concorda sublimemente com a perspectiva construcionista, sendo ainda uma prática social em construção, onde o diálogo da equipe para com os indivíduos não devem se basear no preparo para intervenções, mas sim a construção do sentido através dessa conversação e assim desenvolvidas as práticas de saúde para aquela demanda.

## 2-DESOSPITALIZAÇÃO

Vecina Neto e Cruz (2016) apontam que o termo desospitalização refere-se ao ato de cuidados de caráter hospitalares, porém, fora do ambiente de hospital ou chamados extra-hospitalares. E é interessante ressaltar que essa tendência remonta à uma prática antiga, cravada no século 18 estendendo-se até o século 19, de que os cuidados médicos eram prestados nas residências das famílias, sobretudo as famílias que tinham maior poder aquisitivo. Uma prática que foi descontinuada com o tempo e que agora retorna como tendência.

No início do século 20, o avanço tecnológico em áreas como laboratório e radiologia, aliada à melhores práticas de assepsia em hospitais criaram um terreno afável para a hospitalização.

Os autores apontam algumas razões importantes para definir essa tendência ao cuidado fora do hospital:

- Maior demanda por cuidados permanentes:  
O envelhecimento da população e a mudança no perfil de doenças tem gerado a demanda por cuidados permanentes ao paciente. Essa demanda então busca atendimento similar àquele prestado em ambiente hospitalar, porém, no conforto do lar do doente, com proximidade aos familiares, gerando maior bem-estar a todos. Um paciente portador de sequelas de um acidente vascular cerebral, por exemplo, é um demandante por este tipo de serviço.
- Maior incentivo ao tratamento ambulatorial ou domiciliar em detrimento do hospitalar:  
A própria oferta do mercado em equipamentos que atendam o paciente em casa, é um

indicador de tendência para o mercado da desospitalização. Ou seja, se há equipamentos para essa demanda, significa que ela é possível de ser atendida.

- **Maior aceitação do paciente ao tratamento domiciliar:**  
Há tempos atrás, o paciente apresentava receio de deixar um hospital por medo de não ter os mesmos cuidados em casa. Porém, conforme mencionado no parágrafo anterior, o próprio mercado prova o contrário. Além disso, apesar da alta segurança oferecida pela maioria dos serviços de saúde atualmente, se houver alternativa ao tratamento extra hospital evitará expor o paciente a várias vulnerabilidades microbiológicas, por exemplo, sem necessidade.
- **Redução dos custos no cuidado extra-hospitalar:**  
Por fim, a redução de custos, ocasionada pelo cuidado fora do hospital é outro atrativo de grande peso para essa tendência. As exigências legais requeridas em um hospital abrange desde a assistência básica à altas complexidades em atendimento, e por isso pode explicar tantas exigências legais nesse sentido. Já para os cuidados no domicílio de um paciente, demandará por requisitos básicos, que atenda apenas à exigência para aquele caso específico dele, diferente do ambiente hospitalar que precisa abranger tudo. Portanto, a necessidade de pessoal, de estrutura física, de parque tecnológico e de contingências serão muito menores que em um hospital. Portanto, o custo de maneira lógica será diminuído.

O próprio ministério da saúde, através do SUS, mantém o Programa da Saúde da Família (PSF) como programa âncora e que presta o serviço de saúde no domicílio do próprio paciente. Dois modelos de prestação de serviços no domicílio do paciente é o *Hospital-dia* e a *Atenção Domiciliar* que seguem sendo apresentados a seguir.

Como discorrido acima, os processos referentes a desospitalização dos pacientes tem chamado a atenção. A diminuição de custos e a maior aceitação dos usuários torna o processo de acompanhamento hospitalar externo a instituição mais atrativo para os pacientes, assim como para a indústria de produção. Contudo, embora este método de seja visto por muitos como eficaz e satisfatório, o fato de ser realizado no ambiente domiciliar não o isenta da necessidade de planejamento estratégico, visto que a segurança e satisfação do usuário ainda se situam como enfoques principais.

### **3- CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA AO PACIENTE**

#### **3.1-Serviços de Assistência Direta em Saúde**

De acordo com Vecina Neto (2018), a prestação de serviço direta ao paciente conota

grande peso em formação da imagem da instituição de saúde frente ao cliente (paciente), no que diz respeito à satisfação. Isso porque, essa ação fornecedor – cliente impacta diretamente no estado de saúde desse paciente, por isso tem grande relevância e peso numa avaliação. Por outro lado, para a instituição, essa atividade representa sua maior fonte de receita, visto que é objetivo de existência dessa organização.

E por ter incidência direta ao usuário, esse serviço prestado é repleto de processos críticos e conseqüentemente riscos envolvidos, que representam significativamente, senão o maior, dos desafios que um gestor de instituição de saúde possui, e são então levados a buscarem instituir programas de melhoria de qualidade na saúde, como creditações, gestão de risco e outros.

Vecina Neto (2018) salienta ainda para o “*trade off*” que esses gestores enfrentam pois, ao passo que o sistema exige cada vez mais por inovações, investimentos em tecnologias, existe ainda o desafio modelos de remuneração arriscados, como pagamento por pacotes assistenciais, onde a instituição deve fazer a otimização dos gastos, além da perspectiva inovadora de pagamento por performance.

Além disso, no que diz respeito à gestão de recursos humanos, há a mudança de demanda por hierarquização menos verticalizada, focando em redes interligadas. Além disso, volta-se para análise de desempenho atrelada a aplica à aplicação de recursos na prática da assistência.

#### 4- UNIDADES HOSPITALARES

Vecina Neto e Castellanos (2016) apontam que a assistência em saúde é dividida em três níveis de complexidade:

- Assistência primária, também chamada de assistência básica, ou como o próprio nome sugere, são os primeiros atendimentos do cuidado em saúde;
- Assistência secundária, que é assistência hospitalar não especializada;
- Assistência terciária, também chamada de atendimento em alta complexidade hospitalar;

Na atenção primária, as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e o Programa da Saúde da Família (PSFs) são dois componentes que mais representam essa modalidade. Enquanto nas UBSs concentram-se atendimentos como pré-natal, saúde da mulher, dentre outros, os PSFs são compostos por equipes profissionais multidisciplinares que buscam o cuidado na promoção,

prevenção, recuperação e manutenção da saúde da família.

#### 4.1-Ambulatório

Já na atenção secundária, os ambulatórios e clínicas representam a maioria das estruturas para prestação de serviço em saúde. Nessa modalidade, o desafio consiste em diminuir ações reativas no cuidado à saúde, priorizando a prevenção. Essa prevenção diminui os tratamentos em saúde através do aumento de diagnósticos precisos e precoces. Nesse contexto os ambulatórios têm papel importante.

Além disso, os autores salientam pela necessidade de instituição da assistência farmacêutica para oferecer e acompanhar o tratamento medicamentoso adequado, como resposta aos diagnósticos obtidos no ambulatório. Outro ponto de apoio na atenção secundária é o que os autores chamam de atendimento da demanda, que preza o desenvolvimento de caminhos para que o atendimento da rede básica e atendimento em unidades de urgências estejam integrados de modo que o atendimento na urgência seja continuado, se necessário, na rede básica para que o indivíduo resolva efetivamente seu problema e não necessite procurar o serviço de urgência novamente, sobrecarregando o mesmo.

#### 4.2-Unidade de Pronto Socorro

Vecina Neto (2018) aborda ainda sobre a estrutura e importância de uma Unidade Pronto Socorro, unidades de saúde que funcionam ininterruptamente, todos os dias da semana e o ano todo, para prestar assistência de urgências e emergências em saúde. O autor ressalta sobre a complexidade que é manter em funcionamento esse tipo de unidade de saúde, e salienta que o desafio neste caso é manter uma sinergia entre as modalidades de atendimento para que cada uma cumpra seu papel para que nenhuma delas sobrecarregue a outra e para que todas execute seu papel a contento, tudo isso levando em consideração o quesito custo, que deve ser suportável à rede como um todo.

#### 4.3-Centro Cirúrgico

Quanto à estrutura de centro cirúrgico, o autor aponta para a atividade de planejamento como crucial para uma boa gestão de unidade hospitalar. O gestor que consegue conciliar demanda interna do hospital, tratando-se de pacientes já hospitalizados com a demanda externa,

já estará cumprindo boa parte de seu desafio. A administração do número de leitos hospitalares, diminuindo a ociosidade de salas cirúrgicas e evitando a sobrecarga nas internações em leitos hospitalares é o que deve fazer o gestor que quer desenvolver uma boa gerência de seus recursos. Sendo assim, o autor aponta que o padrão, assumido recentemente, para operação de unidades cirúrgicas é a relação média de uma sala cirúrgica para cada 15 leitos, isso já considerando os estândares, que são os chamados erros médios.

#### 4.4- Unidades de Internação

Vecina Neto (2018) aborda o conceito de unidade de internação como aquela estrutura hospitalar feita para atender o paciente que permanecerá internado na unidade hospitalar. Deste modo, o autor afirma esta é a unidade de medida de um hospital, visto que todas as demais estruturas do hospital podem direcionar os pacientes para este cuidado. Torna-se, portanto uma unidade fundamental na análise de desempenho de um hospital, gerando indicadores importantíssimos para o negócio como taxa de ocupação, taxa de permanência e giro de leito.

A unidade é composta por leitos censáveis e leitos de apoio. Os leitos censáveis são todos aqueles que efetivamente recebem pacientes que permanecerão internados na unidade. Já os leitos de apoio são de caráter transitório, ou seja, recebe pacientes que estão em processo de atendimento, que poderão até evoluir para um leito censável, mas que ainda não estão definidos para tal destino. Ou seja, estão aguardando resultados de exames no pronto atendimento ou estão aguardando para entrar para o centro cirúrgico, ou ainda estão aguardando efeitos de pós-anestésicos acabarem para então serem destinados para um leito de internação (censável).

Em relação ao planejamento de ofertas do número de leitos de internação, Vecina Neto (2018) traz como uma questão complexa de ser dimensionada dadas as tendências para as práticas de “desospitalização” como, por exemplo, a busca pela diminuição da medicalização em detrimento do aumento da humanização. No entanto, ao passo que essa tendência denota menor necessidade de leitos, o fato do envelhecimento da população demanda por uma quantidade maior de leitos e ainda por leitos de complexidade mais alta, além de aumentar a média de permanência nesses leitos. Ou seja, há então um trade off entre essas duas tendências que precisam ser consideradas de modo ponderado ao traçar um cálculo de demanda por leitos.

Além disso, o autor menciona ainda sobre a dificuldade por conta das especialidades e patologias existentes, diferentes da obstetrícia, por exemplo, que é possível planejar através de taxa de natalidade. Para traçar perspectivas de demanda, deve-se então ser considerados os

dados disponíveis como taxa de internações/ano, taxa de ocupação e média de permanência. Isso traçará uma perspectiva baseada no histórico de utilização desse serviço de internação, sendo possível projetar a demanda futura. Tais dados podem ser obtidos em fonte altamente confiáveis como no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dentre outros sistemas de regulação que registram constantemente as atividades relacionadas ao tema.

O autor chama a atenção para a tendência de construção de hospitais com 200 leitos acima, isso porque, investir em determinados equipamentos custa muito caro ao investidor, havendo então uma tendência em otimizar o investimento com abertura de muitos leitos para diluir o alto custo de investimento inicial, com a perspectiva de uma receita aumentada pela utilização de um número maior de leitos.

#### 4.5-Unidades de Terapia Intensiva

Uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), assim como a unidade de internação, oferece serviço de internação ao paciente, porém, com oferta de monitoramento constante de profissionais multidisciplinares como médico, enfermeiro, fisioterapeuta e outros, visto que este paciente recebido neste tipo de unidade está em situação clinicamente instável e demanda por essa atenção diferenciada no cuidado.

Uma UTI pode ser do tipo:

- a. **Especializada:** especializam em faixa etária ou patologia;
- b. **Semi-intensiva:** é um espaço intermediário, que apesar de atender pacientes que requerem atenção diferenciada devido à instabilidade do quadro clínico do paciente, é uma unidade que requer um menor quantitativo de profissionais, criando um espaço intermediário e, dependendo da situação, menor custo para a instituição;
- c. **Geral:** é aquela unidade de cuidados intensivos que recebe qualquer tipo de paciente, e também é o tipo mais frequente.

Vecina Neto (2018) ressalta sobre a importância de UTIs para um hospital, visto que é um serviço de retaguarda muito importante para unidades de pronto atendimento e centro cirúrgico. Esse serviço de UTI caracteriza o hospital em resolutivo ou não, em questão de complexidade, pois de nada adianta o hospital dispor de alta capacidade resolutiva em cirurgias se não tiver uma unidade de terapia intensiva que dê suporte ao paciente em seu pós-operatório. Por isso um leito de UTI pode ser chamado de leito resolutivo. Nessa conjuntura, o autor aponta

que hospitais de maior complexidade devem dispor de em torno de 20% de leitos de UTI em relação ao seu total de leitos.

Com a tendência atual focada no processo de humanização no cuidado em UTIs, o autor salienta sobre a maior necessidade espaço físico para contar com os espaços necessários para alocação de mais equipamentos por leito, locais individuais para conversar com familiares, local suficiente para receber o familiar acompanhante quando for o caso, dentre outros. Além de aumento de espaço físico, uma UTI humanizada requer maior quantitativo de pessoal para atender às normativas para um serviço como tal.

Além disso, para garantia de qualidade na assistência ao paciente, a equipe deverá ter integração saliente, sobretudo deve haver sinergia entre médico assistente do paciente – aquele que prestou o atendimento ao paciente fora da unidade de terapia intensiva - , médico plantonista da UTI e médico coordenador ou de atenção horizontal, que é aquele que permanece constante na escala em pelo menos uma parte do dia, responsável por garantir a continuidade dos cuidados prescritos pelos plantonistas, além da integração de toda a equipe.

#### **4.6-Hospital-dia**

A modalidade de hospital-dia está entre a modalidade internação e a modalidade de ambulatório. Neste regime de internação, o paciente poderá permanecer internado por prazo máximo de 12 horas. Esse tipo de atendimento é demandando por pacientes que precisam de procedimentos médicos ou cirurgias que demandem um tempo de observação de internação, mas que não ultrapasse o período máximo de 12 horas. Exemplos clássicos que demandam este tipo são pacientes em tratamento oncológico, psiquiátricos, dentre outros.

#### **4.7-Atenção Domiciliar**

Segundo Vecina Neto e Cruz (2016), trata-se da continuidade dos cuidados ao paciente no ambiente domiciliar. Ou seja, ou esse paciente passou por um tratamento em ambulatório que precisa ser continuado em casa ou passou por uma internação hospitalar e já possui condições de seguir o tratamento em casa. Os critérios para esse funcionamento de cuidados domiciliares obedecem à RDC Nº 11, de 26 de janeiro de 2006, que visa regular e nivelar o cuidado prestado ao paciente impedindo que haja serviços perniciosos. Um clássico exemplo para esta modalidade são os pacientes em cuidados paliativos, ou seja, aqueles que não respondem mais a tratamentos curativos.

O desempenho de um serviço de atenção domiciliar pode ser mensurado através de indicadores taxas de internação após cuidado domiciliar, taxa de infecção durante o cuidado domiciliar, grau de melhoria na deambulação do paciente, dentre outros.

Por fim, os autores levantam algumas problemáticas em relação ao tema, que ainda não são embasadas por respostas científicas, mas que interferem na oferta como um todo. O primeiro tema levantado é acerca dos custos do processo de desospitalização, que podem ao mesmo tempo denotar diminuição de custos para o sistema ou para a instituição ou aumentar, transferindo esse custo para o paciente ou seus familiares. Dependerá da ótica em que se vê ou da proporção em que se atua.

Outro ponto de chamada de atenção é para a falta de inserção do tema desospitalização na formação dos vários profissionais da saúde. O ambiente, a relação entre os envolvidos muda totalmente, e os profissionais devem estar preparados para este novo modelo.

Apesar da tendência ir nesta direção do cuidado extra-hospitalar, se vê a abertura de novos leitos e expansões gigantescas de hospitais, trazendo a preocupação talvez para a comercialização sem fundamento ou necessidade, de determinados serviços de saúde, por exemplo, os serviços de diagnóstico.

Apesar de vários paradoxos e pontos de alerta no tema, a possibilidade de redução de custo para o sistema de saúde aponta para sustentabilidade de um serviço de saúde para todos, conforme preconizado no Brasil através do Sistema Único de Saúde, uma vez que dada a escassez de recursos para esta finalidade, aliada com uma demanda crescente e cada vez mais complexa, preocupa os gestores do país de modo generalizado.

Como apontado ao longo deste tópico, o atendimento ao usuário pode ser estendido ao ambiente externo a instituição hospitalar, o que indica a necessidade constante de construção de estratégias de acompanhamento de modo a manter a qualidade dos serviços prestados assegurando a segurança dos pacientes. Entretanto, considerando a escassez de recursos acima prevista, a otimização e aperfeiçoamento dos processos de gestão se torna uma exigência.

## 5- GESTÃO DOS SERVIÇOS EM SAÚDE

### 5.1-Gestão do Cuidado

O grande desafio de um gestor de saúde, dentre outros, é o de gerir recursos limitados, aspirando à qualidade de vida do usuário, aliado ainda com gestão acurada de recursos, que quer dizer “manejo padronizado por meio de recomendações técnicas custo-efetivas”

(SCHOUT, 2018). E acompanhar resultados de perto, bem como olhar para o impacto dessa gestão sobre a saúde da população, é traduzido em tentativa de garantir boas práticas no cuidado ao paciente.

Segundo Schout (2018), as melhorias em saúde devem ser subsidiadas principalmente nos estudos de medicina baseada em evidências, a fim de melhor aplicabilidade de recursos em tratamentos eficazes para o paciente. Esse acompanhamento minucioso depende de registros altamente fidedignos, bem como a maior informatização possível dos prontuários clínicos. Isso produz dados, que geram indicadores de efetividade, que geram ações para melhoria na qualidade e segurança do usuário.

Expectativa de vida da população cresce em ritmo acelerado, no Brasil por exemplo, passa de 66,9 anos em 1991 e já em 2007 essa expectativa passa para 72,5 anos, e esse fenômeno está relacionado com a queda da taxa de mortalidade infantil. Em contrapartida, a fecundidade e a natalidade vêm em ritmo desacelerado, de forma acentuada. E isso exige do sistema de saúde um modelo inovador, contemplando complexidade crescente (Schout, 2018).

Para esse planejamento, a diferença socioeconômica, de grande variabilidade de região para região, deve ser considerada. Cada região do país possui sua própria característica de morbidade incidente, portanto, cada região demandará de estruturas diferenciadas para atender sua deficiência. Um desenho global e padronizado não atenderá a contento a todas as regiões. Além disso, a autora ressalta ainda que é um desafio garantir coordenação e integração entre os três níveis da rede, sendo primária, secundária e terciária, lidando com níveis de responsabilidades diferentes, o que aumenta a necessidade de boa desenvoltura em gestão.

Ainda de acordo com a autora, a preconização dos métodos que tragam custo-efetividade para o sistema de saúde pode ser adquirida, dentre outros, através da aplicação das diretrizes para a prática clínica, que nada mais é que a padronização do conhecimento técnico a ser aplicado na assistência, todos eles baseados em evidência científica. São documentos, que devem ser produzidos com validade máxima de quatro anos, recomendando-se que se use como referências bibliográficas aqueles produzidos por agências governamentais.

Schout (2018) aponta que o próprio Ministério da Saúde, já produziu documentos, apoiados na padronização de tratamentos a determinadas doenças como câncer, AIDS, hepatites e outros. Não chega a ser diretrizes, mas sim protocolos com a intenção de uniformizar o cuidado.

Ressalta-se, portanto, que essas tratativas vêm de encontro ao movimento pela qualidade

no atendimento, bem como segurança do paciente, uma vez que normatiza o fluxo de assistência, baseado no custo-efetividade, além de subsidiar a gestão com indicadores e comparabilidade com instituições externas.

Se na rede pública temos os órgãos fiscalizadores que lhe cabem, na rede privada também há que se destacar a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que regula por meio de várias normativas para operacionalização junto às instituições da rede. Programas de melhorias e qualificação têm desempenhado papel importante na gestão dos modelos assistenciais. O que antes era focado de forma pujante em dados financeiros, passou a avaliar também a qualidade do cuidado ofertado aos seus usuários.

Com isso, desenvolver e aplicar modelos de assistência diferenciados, com adicionais de qualidade, passou a ser diferencial competitivo, por exemplo o caso de hospitais associados da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), que passaram a evidenciar melhor seus resultados em serviços, recebendo destaque em relação aos que não o faziam.

Sendo assim, apesar da cadeira toda de saúde ser interessada e necessária à discussões sobre gestão eficiente no cuidado, a estrutura hospitalar é quem arca literalmente com os dispêndios causados pela falta ou pela má gestão. Hospitais exigem investimentos vultuosos e recursos humanos extremamente capacitados, o que gera um desembolso financeiro muito significativo. Portanto, manter essa máquina funcionando e entregando resultados efetivos é desafiador e necessário. Sem contar que é dali que nascem os dados para geração de indicadores, tanto que a informatização é fator preponderante, segundo Schout e Novaes (2007), ganhando destaque sobretudo no que diz respeito aos prontuários clínicos, exigindo informações casa vez mais precisas e disponíveis.

Portanto, ainda que de forma tímida, percebe-se que, com a participação de várias frentes de interesses, o setor saúde tem se tornado circundado por estratégias que culminam na busca pela melhoria da qualidade em saúde, através de cuidados assistenciais baseados em evidências científicas além da avaliação do custo-efetividade. Dessa forma, usuários ganham em qualidade de vida, através da segurança que lhe é conferida no ato da assistência em saúde, e as instituições prestadoras e fomentadoras de saúde ganham em viabilidade financeira e sustentabilidade como um todo.

Como discorrido ao longo desta sessão, a gestão eficiente possibilita a construção de estratégias aperfeiçoamento no atendimento e na prestação de serviços, no entanto, aspectos relacionados a gestão perpassam um quesito de suma importância para seu sucesso, sendo este

o processo decisório. A tomada de correta de decisões por parte do corpo profissional se situa como um quesito essencial para a gestão de recursos, manuseio de materiais, e consequentemente a segurança dos usuários.

## 5-SEGURANÇA DO PACIENTE

### 6.1-Conceito

De acordo com o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBES) (2015), segurança do paciente é “tudo aquilo que é estudado e aplicado na prática para que os riscos desses danos desnecessários diminuam até um nível aceitável, ou até mesmo que haja eliminação destes riscos”.

De acordo com o Institute of Medicine (2001), segurança do paciente é uma das dimensões da área de qualidade em saúde, as quais são:

- Efetividade do cuidado;
- Segurança do paciente;
- Cuidado centrado no paciente;
- Cuidados prestados no momento certo;
- Eficiência e;
- Equidade.

Segundo Schiesari e Malik (2016), apesar da ênfase mundial ao tema ser recente, encontra-se registros sobre discussões relacionadas desde o início da temática de qualidade em saúde, sobretudo no âmbito da acreditação hospitalar. No final da década de 1990, o aumento de custos relacionados com tratamentos de pacientes que sofreram erros médicos, bem como a visibilidade que a mídia deu ao tema, fez com que as políticas públicas governamentais fornecessem reconhecimento e importância ao assunto.

A magnitude do impacto dos eventos adversos foi confirmada através de duas publicações: Em 1999, através do livro *To err is human: Building a safer health care system*, pelo IOM, e em 2000, o estudo intitulado “*Reducing error, improving safety*”, do *British Medical Journal*. O evento adverso, retratado em ambos os estudos, trata-se “do dano causado pela assistência saúde, não relacionado com a doença de base, tendo prolongado o tempo de permanência do paciente ou ainda tendo resultado em incapacidade presente no momento da saída hospitalar” (Schiesari; Malik, 2016).

Os custos relacionados a eventos adversos podem ser de cunho mais objetivos como diárias extras geradas pela internação prolongada, exames extras, medicações extras, mas também com custos mais subjetivos e difíceis de mensurar como condenações de pagamento

de indenizações por ações judiciais movidas por usuários afetados.

A repercussão da relevância atribuída ao tema foi acatada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) onde de 2002 a 2004 foi discutido em suas assembleias, lançando então em 2004 a *World Patient Safety Alliance* (Aliança Mundial para Segurança do Paciente), com o objetivo de reduzir ou mitigar os riscos relacionados com os cuidados em saúde através de medidas propostas.

Durante a década o tema foi estudado, levando ao seu amadurecimento, de modo que Schiesari e Malik (2016) avalia que o momento atual é caracterizado ainda como etapa inicial, sendo ainda discutido em contextos diferentes, que deverão ser levados à posterior integração entre eles, tornando isso como objetivo para essa abordagem.

Na atuação da *World Safety Alliance* identificou seis áreas de atuação prioritárias ao combate da infecção nosocomial, que foram transformadas em metas internacionais, que seguem relacionadas no tópico a seguir.

## 6.2 -Metas internacionais de segurança ao paciente

De acordo com Brasil (2016), em relatório que trata sobre diretrizes da Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde, baseando-se ainda na portaria nº 2.095 de 24 de setembro de 2013, sobre a aprovação dos Protocolos de Segurança do Paciente, as metas internacionais de segurança do paciente, foram desenvolvidas na aliança Mundial para a Segurança do Paciente, entre a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Joint Commission International (JCI). Tais metas fazem parte de um conjunto de soluções que abordam sobre os maiores riscos, e sua respectiva gravidade, que podem ocorrer durante a prestação de serviço de assistência a um paciente.

De acordo com a Joint Commission International (2006), as metas foram classificadas em seis metas internacionais de segurança do paciente, no qual o principal objetivo é evitar danos evitáveis ao paciente, durante sua internação hospitalar, através da melhoria focada em áreas críticas e problemáticas da assistência ao paciente.

As seis metas internacionais, portanto, são:

## 6.3-Identificação correta do paciente

Constatar se aquele paciente é o mesmo ao qual se pretende prestar o serviço que foi preparado (cirurgia, medicamentos, exames etc). Tais procedimentos devem ser feitos através

de pelo menos dois fatores de conferência: pulseiras, etiquetas, verbalização do nome completo e data de nascimento, dentre outros.

#### **6.4-Comunicação efetiva**

Essa meta prevê que a comunicação deve ser clara, objetiva e efetiva. Usando a padronização como forma a garantir fluidez na comunicação entre colaboradores multiprofissionais, bem como relatos em prontuário e demais documentação do paciente.

#### **6.5-Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância**

Essa meta trata de ações de melhorias relacionadas à administração de medicações de alta vigilância, que são medicamentos considerado críticos e envolvem maiores riscos relacionados ao paciente, se não administrados corretamente. Ações como criação de barreiras que evitam a similaridade deste medicamento com os demais, na forma de armazenamento, de dispensação e checagem da enfermagem, são desenvolvidas e mantidas para obter êxito nessa meta.

**1. Cirurgia Segura** – garantia do local correto, do procedimento correto e cirurgia no paciente correto

De modo generalizado, são medidas adotadas para evitar riscos de eventos adversos aos pacientes no seu pré, intra e pós-operatório. Para isso, foi instituído através da portaria ° 2.095, DE 24 DE SETEMBRO DE 2013, no anexo III, o protocolo de cirurgia segura, que adota ações voltadas para a identificação correta tanto do paciente, quanto do local a ser operado, além de disponibilidade de estrutura e equipamentos para realizar aquele procedimento, dentre outras ações.

#### **6.6-Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados assistenciais**

Essa é a meta que aborda as ações desenvolvidas a fim de evitar infecções relacionadas à procedimentos necessários à monitorização e ao tratamento de pacientes. Nesse contexto a abordagem sobre a higienização das mãos se faz muito presente nas medidas adotadas, uma das principais fontes de prevenção e controle de Infecção relacionada à assistência à saúde (IRAS).

#### **6.7-Reduzir o risco de danos aos pacientes resultantes de quedas**

Sendo a queda em paciente hospitalizado um evento adverso, uma das medidas de

melhoria relacionada a esse contexto é a avaliação de risco que deve ser encarada como ação para alcance de meta de redução desse tipo de dano ao paciente.

Apesar de ter a implantação recente, os resultados já apurados têm mostrado que instituições de saúde que têm aplicado essas metodologias em sua rotina já conseguiram reduzir significativamente os eventos adversos, recebendo destaque a meta de cirurgia segura que tem mostrado resultados significativos em redução de taxa de mortalidade cirúrgica e complicações além de maior adesão à antibioticoprofilaxia, graças à adoção do *check-list* cirúrgico.

## 6.8-Segurança do Paciente no Brasil

No Brasil, a grande maioria da instituição de protocolos relacionados à segurança do paciente são sustentados pela acreditação hospitalar, em instituições que decidem por isso. O movimento de acreditação no Brasil teve seu início nos anos 2000. Cada órgão acreditador possui seus diferentes manuais, porém, unem-se no que diz respeito à temática de segurança do paciente. A adesão a esse tipo de programa no Brasil ainda é muito tímida, representando apenas de 3% a 4% dos hospitais brasileiros acreditados, sendo estes concentrados em 75% na região Sudeste. Esse resultado acanhado pode dever-se ao fato do movimento tardio para essa metodologia, pautado pela falta de resultados evidentes, falta de concorrência interna, custo elevado para o processo de acreditação, dentre outros.

A Rede Sentinela, lançada em 2002, formada por hospitais que trabalham com gerenciamento de riscos, bem como o Sistema de Notificação em Vigilância Sanitária – Notivisa, são iniciativas da ANVISA tanto para busca ativa quanto para notificação de eventos adversos.

O estudo realizado por Mendel *et al.* em 2009 foi um dos marcos da discussão do tema segurança do paciente no Brasil, publicado em revista internacional. O estudo foi realizado em três hospitais-escola no Rio de Janeiro, onde apontou para a incidência de 7,6% de pacientes com eventos adversos, no qual 66,7% deste eram evitáveis e 48,5% aconteceram no quarto do paciente. Se por um lado o estudo aponta para a falta de segurança no cuidado prestado, por outro lado denota que a aplicação de medidas de prevenção e aplicação de ação correta levaria à resultados positivos no controle de eventos adversos.

Pavão *et al.* (2011) aponta que os estudos relacionados ao tema ainda são muito discretos no Brasil e uma das razões é a baixa qualidade dos registros nos prontuários dos pacientes, que dificulta o estudo da epidemiologia, já que a evidência da assistência prestada é tida num

prontuário com registros de qualidade, tornando um instrumento para avaliação do cuidado.

Em 2013, através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, a Anvisa passa a exigir a criação dos Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde, bem como as notificações de eventos adversos relacionados ao cuidado do paciente. As seis metas internacionais são o bojo para implantação e manutenção desses programas. Assim sendo, tendo traçadas as situações que apontam para risco ao paciente, há então o desenho das estratégias e ações para mitigar tais riscos, em todas as fases do cuidado ao paciente (BRASIL, 2013).

Com o apoio da Anvisa e Ministério da Saúde, a concretização das estratégias sugeridas no que se refere ao tema, houve o fortalecimento e concretização de ações, resultando então em alcance de outros resultados como aumento da discussão entre instituições e profissionais apontando caminhos para o tema; ter o tema integrado nas diretrizes curriculares do Ministério da Educação e Cultura, para cursos da saúde; dentre outros (Schiersari ; Malik, 2016).

## 6.9-Perspectiva da segurança do paciente

De acordo com Schiersari e Malik (2016), quanto maior complexidade dos casos e concentração tecnológica no tratamento, maiores as probabilidades de incidência de eventos adversos sobre o paciente. E em uma perspectiva global, ainda nos encontramos no momento de sensibilização quanto à importância da prevenção e cuidado para evitar eventos adversos. Essa realidade é heterogênea entre os países, ou seja, enquanto uns já trilham esse caminho de forma intensa, outros sequer se mostram sensíveis quanto à importância sobre o tema.

O trabalho da educação continuada se mostra um caminho promissor e indispensável para solidificar as ações voltadas ao tema, sobretudo para sensibilizar os profissionais com mais tempo de serviço e que não foram graduados com a cultura voltada para a segurança do paciente. Ainda que seja tímida, a evolução é demonstrada através do crescente uso de ferramentas de qualidade em saúde, mais instituições fazendo uso da gestão de processos, remetendo à confiabilidade já adotada há anos pelas indústrias de alta performance.

No Brasil, o fortalecimento dado pelos órgãos como Anvisa e Ministério da Saúde tem ajudado a formar um cenário otimista e promissor, conforme já citado, como a própria exigência dos NSP em cada instituição de saúde. No entanto, a OMS agora tem mostrado interesse que o tema seja alastrado para as demais instituições de saúde, não somente os hospitais, mas também a rede de assistência primária.

Um passo importante e que deve ser ainda ser incentivado no Brasil é o envolvimento

do paciente e do familiar no seu cuidado, sobretudo no que diz respeito à consciência sobre a sua segurança no tratamento. Esse é um passo, apesar de audacioso, muito promissor.

## 7-CONTROLE DE INFECCÇÕES HOSPITALARES

Fernandes *et al.* (2018) o controle de infecções hospitalares (IH) iniciou em 1847, em Viena, impulsionada pela comprovação da transmissão de infecção através das mãos. Aliado a isso, a descobertas dos antimicrobianos e sua infeliz utilização indiscriminada, leva então à elevação da resistência microbiana, culminando então além da necessidade de instalação de políticas de controle, na demanda por controle de uso de antimicrobianos.

Ainda de acordo com os autores, as IH são causadas por germes típicos de um ambiente hospitalar, que dificilmente se manifestariam em outros lócus. E o uso de antibióticos, muito presente no âmbito hospitalar, é grande contribuinte para este cenário. Ou seja, o uso desses fármacos exerce pressão seletiva na flora natural do paciente, eliminando germes mais “frágeis” que geram espaço para os germes mais resistentes ocuparem. Isso altera a qualidade da flora do paciente, que passa a ter microrganismos mais resistentes aos antibióticos, levando então às IH.

Haley (1992) afirma que apenas 30% de todas as IH são preveníveis, mas salienta que, com a atuação de comissões no controle dessas malésias, os resultados para a redução são representativos.

Dos tipos de IH mais frequentes, ranqueadas estão a Infecção do Trato Urinário (RTU) em primeiro lugar, seguida da Infecção da Ferida Operatória. Em terceiro lugar aparecem as Infecções do trato respiratório, seguido do quarto lugar as Infecções primárias da corrente sanguínea. Todas elas ligadas, dentre outros fatores desencadeantes, as técnicas invasivas de administração, instrumentações, manuseio dos dispositivos, e até mesmo pela própria patologia instaurada.

Haley (1986) salienta que, apesar de representar de apenas 30% das IH serem preveníveis, se 6% destas forem evitadas, a economia gerada por essa prevenção custeia o dispêndio para manutenção do programa da comissão de controle de infecção hospitalar (CCIH) da instituição. Os membros dessas comissões são os vigilantes da epidemiologia de uma instituição de saúde, visto que são os guardiões para que protocolos sejam cumpridos, estando em constantes verificações, garantindo que o uso de antimicrobianos sejam feitos de forma otimizada, prezando sempre para tratamentos com resolução científica comprovada, atentando-

se sempre à prática da medicina baseada em evidência.

Os custos gerados pelas IH dividem-se em custos diretos, custos preventivos e custos indiretos e são todos custeados pelos prestadores do serviço da assistência, por financiadores da saúde ou até mesmo próprio paciente, que sofre majoração de mensalidade os que têm planos de saúde, ou através de pagamento de novos impostos criados, ou até mesmo pelo sacrifício da qualidade da saúde pública, em caso de usuários do sistema único de saúde (SUS). E a vigilância para a contenção desses custos é altamente recomendado sobretudo para o Brasil, um país de terceiro mundo, onde a parcela de recursos destinada à saúde é ainda muito discreta em relação à demanda.

## 8-CUSTOS

### 8.1-Custos Diretos

Fernandes *et al.* (2018) apontam que os custos diretos são aqueles gastos destinados a pagar o diagnóstico e tratamento da síndrome adquirida, relacionada à IH. Diárias adicionais, novos exames, regime de isolamento e materiais e medicamentos adicionais ao tratamento, são exemplos de custos diretos aplicados a pacientes em tratamento por IH.

Esses custos podem ser classificados em retrospectivos, que são aqueles em que o hospital é reembolsado, seja pelo convênio, seja pelo SUS, seja pelo próprio paciente, e em prospectivos é o caso em que há um valor fixo acordado previamente para custear o tratamento. Sendo assim, no caso retrospectivo, tudo que for gasto será reembolsado ao hospital. Já no caso da modalidade prospectiva, a instituição de saúde deverá fazer uma gestão ainda mais elaborada para que o valor recebido seja otimizado, já que, gastando mais ou gastando menos, o hospital receberá por um determinado valor, podendo ter ganhos ou perdas, a depender da demanda de recursos para o tratamento e a otimização realizada.

Dessa forma, é imprescindível que as instituições de saúde deem devida importância e tratativas para essa problemática, considerando que os autores apontam a tendência em pagamentos através da modalidade prospectiva, tanto pelas operadoras de saúde, quanto por tratamentos onde o paciente paga particular, visto que despesas hospitalares sempre foram consideradas dispendiosas, sobretudo para uma população em país de terceiro mundo; considerando ainda que operadoras de saúde tendem a direcionar suas demandas para instituições com proporção positiva em relação a custo-resultado; considerando que os hospitais têm sua margem de ganho concentradas em serviços e não em produtos, quando não há

rotatividade de internações, o retorno financeiro para instituições que o visam é diminuído em função dessa permanência evitável do paciente.

Além disso, há que se considerar que tais custos consomem recursos que poderiam estar sendo empregados na assistência primária, na saúde pública, fazendo com que a demanda se concentre mais no tratamento, no caso tratamento de alta complexidade, que é mais dispendioso, tornando além de mais caro, mais ineficaz o programa de saúde.

## 8.2 - Custos Preventivos

Já os custos preventivos, como bem sugere o nome, são aqueles gastos destinados a evitar ou diminuir os eventos de IH e, diferentemente dos custos diretos, estes não podem ser repassados aos usuários. E essas intervenções profiláticas são provadas, através de estudos, que os resultados são muito positivos (FERNANDES *et al.*, 2018). E para instituir e manter um programa de controle de IH, a instituição terão gastos como os listados na figura 1 a seguir.



**Figura 3** - Custos preventivos  
**Fonte:** elaborado pelo autor (2021).

No entanto, apesar dos custos preventivos detonarem sentido apenas dispendioso, Haley (1986) menciona que um estudo realizado pelo Projeto SENIC (*Study on the Efficacy of Nosocomial Infection Control*) realizado em 1983, apontou que a cada um dólar investido em

programa de CCIH, evita-se o gasto de quatro dólares de custo direto com tratamento de IH.

Além de evitar o custo direto com IH, outros ganhos são apontados: uso racional do sistema de isolamento, com indicações corretas; uso racional de antimicrobianos; menor índice de contaminação entre colaboradores, diminuindo absenteísmo e gastos com reposição de colaborador por cobertura de atestados, dentre outros.

### 8.3-Custos Indiretos

Os custos indiretos são aqueles ligados às IH porém, não sendo passíveis de identificação direta, são imprevisíveis e difíceis de mensurar. Ações judiciais que condem as instituições de saúde a pagarem indenizações ao usuário é um bom exemplo de custo indireto relacionado a IH. Outro exemplo claro é o serviço de saúde perder um credenciamento junto à alguma operadora de saúde, afetando até sua viabilidade existencial. Além disso, aspectos mais subjetivos como satisfação do cliente, também pode ser considerado um custo indireto quando um usuário deixa de utilizar um serviço de saúde por não confiar em sua estrutura de biossegurança (FERNANDES *et al.*, 2018).

Portanto, prevenir IH vai muito além de tratar apenas sobre custos econômicos, elucida também o viés social, como qualidade de vida do paciente, maior eficiência do sistema de saúde porque, conforme mencionado anteriormente, menor rotatividade de leitos (ocasionado por eventos de IH) gera uma demanda reprimida, onde pessoas deixam de ser assistidas, culminando em menor eficiência do sistema de saúde. Além disso, a prevenção protege a comunidade como um todo das malésias ligadas a IH.

Dito isso, Haley *et al.* (1985) enfatiza que é essencial continuar aliando avaliação econômica à pesquisas em serviços de saúde para a sustentabilidade geral do sistema de saúde.

### 8.4-Uso de antimicrobianos

A racionalização do consumo de antimicrobianos em instituições de saúde é uma exigência através da Portaria do Ministério da Saúde MS 54/96, com a finalidade de que a instituição estabeleça um programa onde sejam estudados e divulgados o padrão microbiológico das IHS, bem como o perfil de sensibilidade os microrganismos instaurados ali. Através dessa análise e monitoramento busca-se atingir melhores resultados e otimização do uso racional desses fármacos.

A CCIH é responsável por fazer interface constante com setores distribuidores desse

tipo de item, a farmácia por exemplo, analisando critérios como dosagem, duração do tratamento, interação medicamentosa, custos, prescrições e outros. E para essa interface, o setor de laboratório de análises clínicas também faz grande contribuição para que se alcance o objetivo maior, que é a vigilância quanto ao uso racional dos antibióticos, visto que, resultados confiáveis e em tempo hábil contribuem significativamente para a tomada de decisão da CCIH (FERNANDES *et al.*, 2018).

### 8.5 Gerenciamento de risco sanitário hospitalar

Fernandes *et al.* (2018) afirmam que a demanda crescente e contínua pela utilização de produtos de saúde, cada vez mais tecnológicos e as em muitas das vezes com obsolescência acelerada, traz a necessidade de gestão direcionada para esse foco. E é através desse monitoramento que surgem as notificações de eventos adversos relacionados ao uso desses itens.

Essa vigilância não ocorre somente com o momento anterior à aquisição do produto, mas também um monitoramento na pós-comercialização, observando qualquer alerta de risco que pode causar danos à saúde individual ou coletiva. Para isso, estão englobados todos os produtos sob vigilância sanitária, ou seja, aqueles sujeitos ao registro órgãos de vigilância das esferas federal, estadual ou municipal. Tais produtos são divididos em três grandes grupos: técnico vigilância, farmacovigilância e hemovigilância.

Na técnico vigilância estão os materiais e equipamentos médico-hospitalares, enquanto que na farmacovigilância estão os medicamentos e saneantes hospitalares. Já na hemovigilância estão os componentes de sangue e derivados. Todos esses três sistemas trabalham de forma a organizar, avaliar, alertar sobre efeitos indesejáveis e inesperados da utilização de itens que o compõem, bem como prevenir, reduzir ou minimizar os riscos advindos pelo seu uso. Os três sistemas são preconizados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e deve fazer parte da rotina hospitalar no que diz respeito às práticas de prevenção às IHS.

Por fim, Fernandes *et al.* (2018) concluem que um programa de controle de infecção hospitalar além do amparo legal de órgãos fiscalizadores, precisa ter o apoio incondicional da alta diretoria de cada instituição hospitalar pois, é a partir dessa acreditação é que os demais setores responsáveis pelo sistema operacional também enfatizarão na importância dos programas e farão com que os resultados positivos apareçam e permaneçam na instituição, refletindo na comunidade onde essa instituição está inserida, visto que o funcionamento é

sistêmico.

## 9-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender o contexto histórico de construção do objeto de estudo é fundamental para que a investigação evidencie suas principais singularidades. Nesse sentido, este estudo versou sobre a constituição do campo da saúde no Brasil, apresentando os principais processos de transformações. Inicialmente, foram evidenciadas as características da saúde no período colonial, perpassando a transição de regimes e alcançando a fundação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Buscou-se apresentar alguns aspectos da estrutura hospitalar como os custos direto e indireto, segurança do paciente e as principais estruturas dos estabelecimentos. Essa multiplicidade de setores indica a complexidade do processo decisório que norteia a manutenção da atividade desses espaços. A equipe gestora das instituições está sujeita a um conjunto de princípios éticos, técnicos e normativos que buscam assegurar a integridade dos usuários e ofertar serviços de qualidade aos mesmos.

Sendo assim, nos próximos dois estudos versaremos de forma mais específica sobre o processo decisório, buscando identificar as abordagens dos estudos produzidos nos últimos anos sobre essa temática e localizando qual dos diferentes setores a discussão expressas nestes se detém.

## REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco de A. **Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil**. [S/I]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0243.pdf> Acesso em: 03 nov. 2021.

AVÃO, Ana Luiza Braz, *et al.* Estudo de incidência de eventos adversos hospitalares, Rio de Janeiro, Brasil: avaliação da qualidade do prontuário do paciente. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 1, p. 651-661, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/tF95SQRXHW7TGTQ5JskbqpG/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 15 set. 2021.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.  
BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada da Anvisa – RDC nº 369, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.

BRASIL. Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA., p. 1–68, 2016.

DA SILVA MAZIERO, Rafaela Martins. A Influência Das Políticas Públicas E Das Transformações Sociais No Desenvolvimento Do Sistema De Saúde No Brasil: Da Colonização À Criação Do Sistema Único De Saúde (SUS). **HUMANIDADES E TECNOLOGIA (FINOM)**, v. 19, n. 1, p. 292-305, 2019.

DE OLIVEIRA, Alessandro Sampaio. Sistema Único de Saúde (SUS): Caminhos, Desafios e Perspectivas em Perspectiva Comparada. **HUMANIDADES E TECNOLOGIA (FINOM)**, v. 30, n. 1, p. 354-374, 2024.

FERREIRA NETO, João Martins. Direito à saúde, dificuldades do Sistema Único de Saúde e judicialização do tema no Brasil. **ALTUS CIÊNCIA**, v. 25, n. 1, p. 161-175, 2024.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HALEY, RW. The development of infection surveillance and control programs. *In*: Bennett, JV; Brachman, PS (ed). **Hospital Infections**. Boston: Little Brown and Company, 1992, 69.

INSTITUTO BRASILEIRO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE (São Paulo/SP). **Entenda o que é a segurança do paciente**. 2015. Disponível em: <https://abrir.link/EwMb2>. Acesso em: 03 out. 2021.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Patient Safety Goals Created. **Joint Commission Perspectives** 2006; 26(2):8. 20.

MARQUES, Giseli Lopes. Descentralização E Subfinanciamento No Sus: Impactos Na Equidade E Acesso À Saúde No Brasil (1998-2018). **HUMANIDADES E TECNOLOGIA (FINOM)**, v. 19, n. 1, p. 278-291, 2024.

OLIVEIRA, André Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Encontros Teológicos**, nº 61, v. 27, n. 1 p. 31-42, 2012. Disponível em: <https://facasc.emnuvens.com.br/ret/article/viewFile/198/189> Acesso em: 17 mar. 2022.

SCHIESARI, LMC; MALIK, A. M. . Segurança do Paciente. *In*: VECINA, Gonzalo.; MALIK, Ana Maria. (Orgs.). **Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

SCHOUT, Denise; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 935-944, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BJLf9fTpw46kJhKhfnZ7Ctx/?lang=pt> Acesso em: 10 out. 2021.

VECINA NETO, G.; CRUZ, L.P. Desospitalização. *In*: VECINA, Gonzalo.; MALIK, Ana Maria. (Orgs.). **Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

VECINA NETO, G.; CASTELLANOS, P. L. . Assistência ambulatorial. *In*: VECINA,

Gonzalo.; MALIK, Ana Maria. (Orgs.). **Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.