

Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil

Maria Ilk Nunes de Albuquerque



UMA REVISÃO SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Maria Ilk Nunes de Albuquerque

Recife
2015

© UNA-SUS UFPE

É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA PUBLICAÇÃO, DESDE QUE CITADA A FONTE.

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde

Marcelo Castro

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Heider Aurélio Pinto

Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Alexandre Medeiros de Figueiredo

Secretário Executivo da Universidade Aberta do Sistema

Único de Saúde (UNA-SUS)

Francisco Eduardo de Campos

CONTATO

Universidade Federal de Pernambuco

Centro de Convenções da UFPE, Espaço Saber, Sala 04

Avenida dos Reitores, s/n, Cidade Universitária, Recife - PE,

CEP 50.741-000

<http://sabertecnologias.com.br>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Reitor

Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

Vice-Reitor

Florisbela Campos

GRUPO SABERTECNOLOGIAS EDUCACIONAIS E SOCIAIS UNA-SUS UFPE

Coordenadora Geral

Profª. Cristine Martins Gomes de Gusmão

Coordenadora Técnica

Josiane Lemos Machiavelli

Coordenadora de EAD

Profª. Sandra de Albuquerque Siebra

Equipe de Ciência da Informação

Profª. Vildeane da Rocha Borba

Jacilene Adriana da Silva Correia

Equipe de Design

Amarílis Ágata da Silva

Cleyton Nicollas de Oliveira Guimarães

Silvânia Cosmo

Assessoria – Educação em Saúde

Luiz Miguel Picelli Sanches

Patrícia Pereira da Silva

Secretaria Acadêmica

Fabiana de Barros Lima

Geisa Ferreira da Silva

Isabella Maria Lorêto da Silva

Revisor linguístico

Emanuel Cordeiro da Silva

Albuquerque, Maria Ilk Nunes de

Uma revisão sobre as Políticas Públicas de Saúde no Brasil / Maria Ilk Nunes de. – Recife: [s.n.], 2015.

33 p.

Inclui Ilustrações

ISBN: 978-85-415-0724-0

1. Atenção Primária à Saúde 2. Sistema Único de Saúde – SUS . 3. Estratégia Saúde da Família – práticas. I. Título.

CDD: 616

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	4
1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, SUA HEGEMONIA ENQUANTO SUPORTE À EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO PAÍS E O RESPECTIVO ARCABOUÇO LEGAL	5
2	A CONFIGURAÇÃO DO SUS: GESTÃO E FINANCIAMENTO, NÍVEIS E MODELOS DE ATENÇÃO..	10
3	A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE ENQUANTO BASE PARA A CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	15
4	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: CONFIGURAÇÕES, CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	22
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
	REFERÊNCIAS.....	29

APRESENTAÇÃO

CARO(A) ALUNO(A),

Este material se propõe a oferecer informações que ampliem o seu conhecimento enquanto profissional da Estratégia Saúde da Família (ESF). Com uma compreensão mais ampla da sua área de atuação, você poderá aplicar, direta ou indiretamente, o seu conhecimento na transformação da realidade social e de saúde da população, com respeito às singularidades e às particularidades que envolvem as necessidades e os problemas apresentados pelo(s) indivíduo(s) e comunidade(s).

O conteúdo agrega temas relacionados às Políticas Públicas de Saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS), levando em consideração a Atenção Primária em Saúde (APS) enquanto base para a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Assim, faz-se necessária uma visão dinâmica e processual, pressupondo a busca permanente de atualizações e discussões sobre os temas relacionados às Políticas Públicas de Saúde. O êxito do aprendizado dependerá de esforços individuais e coletivos, além do componente relacional que é intrínseco à atuação em saúde.

Bons estudos!

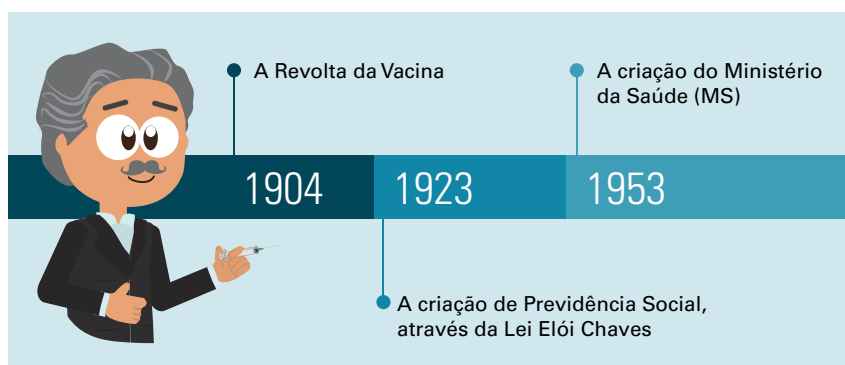
1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, SUA HEGEMONIA ENQUANTO SUPORTE À EFETIVAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO PAÍS E O RESPECTIVO ARCABOUÇO LEGAL

Neste capítulo, faremos uma breve descrição sobre a evolução histórica das políticas de saúde no Brasil.

Na primeira metade do século XX, ocorreram fatos importantes no setor saúde. Predominava um modelo sanitarista campanhista, voltado ao controle das doenças endêmicas rurais e das epidêmicas distribuídas numa vasta extensão do território brasileiro, com alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias.

Cabe destacar, nesse contexto, três marcos que consideramos como os mais expressivos (BERTOLLI FILHO, 2004):

Figura 1 – Principais marcos da história da saúde no Brasil



Fonte: (BERTOLLI FILHO, 2004, adaptado).

Passemos ao período no qual ocorreram as mais significativas discussões e debates políticos sobre as condições de saúde da população brasileira. Teve início em meados da década de 1970, num contexto político e social marcado por um regime de governo autoritário de uma ditadura militar, que teve início em 1964 e o seu final em 1985.

Nesse período, extremamente crítico, emergem, na metade da década de 1970, o Movimento Sanitário e outros movimentos políticos e sociais. As pressões desses movimentos sobre o governo resultaram na convocação da **VII Conferência Nacional de Saúde (CNS)**, em 1980, que tratou da temática que contemplava a extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos, na perspectiva da



Atenção Primária em Saúde (APS). A VII Conferência Nacional de Saúde pautou-se nas recomendações da **Conferência Internacional de Alma Ata**, realizada em 1978, onde houve a formalização da Atenção Primária em Saúde como doutrina, bem como a determinação dos seus fundamentos (ALBUQUERQUE, 2012).

Saiba +⁺

Para aprofundar os conhecimentos sobre esta temática, recomendamos que você assista ao vídeo Políticas de saúde no Brasil: um século de luta pelo direito à saúde, clicando **aqui** (BRASIL, 2013a).

Sem a pretensão de negar a importância de outros resultados oriundos dos movimentos políticos e sociais, Albuquerque (2012) refere que vale destacar alguns marcos pós-ditadura militar. O primeiro deles, considerado um dos resultados mais expressivos do Movimento Sanitário, foi a realização da **VIII Conferência Nacional de Saúde**, que reuniu milhares de participantes que representavam parte das forças políticas e sociais que lutavam por uma reforma efetiva na política de saúde do país.

Uma das recomendações importantes da VIII CNS foi a criação de uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), pelo Ministério da Saúde, que atuaria com legitimidade nas discussões para a elaboração da “Nova” Constituição Federal, de forma a subsidiar os aspectos relacionados à saúde.

Atenção ![!]

A Portaria nº 02/1986 dispõe sobre a instituição da **Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS)**, que teria representantes de órgãos governamentais, da sociedade civil organizada, do Congresso Nacional, dos prestadores de serviços de saúde públicos e privados e de profissionais de saúde; sem determinar a paridade das representações (BRASIL, 1986).

Após mais de um ano de discussão, em 1988, foi promulgada a Constituição Federal do Brasil (CFB). No Título VIII – Da Ordem Social, Cap. II – Da Seguridade Social, na seção II – Da saúde é contemplado o passo mais importante dos resultados das lutas e dos movimentos pela reforma sanitária. Nos artigos 196 a 200, a CFB dispõe especificamente sobre a saúde (BRASIL, 1988).

Atenção ![!]

É de extrema importância que você conheça a Constituição Federal do Brasil, uma vez que ela é a base de toda ordenação jurídica do país. É a lei máxima e se sobrepõe a quaisquer leis. Portanto, qualquer ação contrária poderá resultar em penalizações por inconstitucionalidade. Clique **aqui** para acessar (BRASIL, 1988).



Cabe enfatizar que o Art. 196 define “a saúde como um direito de todos e dever do Estado”, e o Art. 198 estabelece a criação do SUS. Tanto nesses artigos quanto nos demais, apresentam-se os princípios e as diretrizes do SUS, que é regulamentado após dois anos, através das **LOS** (Leis Orgânicas da Saúde) nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990.

Saiba +

Para conhecer as leis orgânicas da saúde brasileira, clique **aqui** (BRASIL, [2008]).

Para um aprofundamento sobre o SUS, seus princípios e diretrizes, recomenda-se a leitura do livro: **O que é o SUS?**, de Jairnilson Silva Paim (PAIM, 2009). Para acessar a resenha desse livro, clique **aqui**.

Paim (2009, p. 56) apresenta uma definição de princípios e de diretrizes dada a importância do uso, de forma ampla, desses dois termos quando se fala sobre o SUS, o que gera certa confusão e sobreposições do que vem a ser um princípio e uma diretriz.

Saiba +

Você sabe a diferença entre princípios e diretrizes?

Princípios

● “Princípios são aspectos que valorizamos nas relações sociais, a maioria derivados da moral, da ética, da filosofia, da política e do direito. São valores que orientam os nossos pensamentos e as nossas ações”.

Diretrizes

● “[...] Diretrizes são orientações gerais de caráter organizacional e técnico”

Fonte: (PAIM, 2009, p.56).

Alguns dos dispositivos legais que discorrem sobre a operacionalização do SUS são:

- » as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB/SUS):
 - » NOB 91;
 - » NOB 93;
 - » NOB 96;



- » a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS)nº 01/2001;
- » o Pacto pela Saúde, criado em 2006, dividido em três dimensões ou diretrizes operacionais:
 - » Pacto pela Vida;
 - » Pacto em defesa do SUS;
 - » Pacto de Gestão;
- » incontáveis portarias ministeriais com indicativos que se referem à saúde do indivíduo e das populações, nas três instâncias de gestão do SUS: municipal, estadual e nacional.

Após 21 anos de publicação da Lei nº 8.080/90, ocorreu a sua regulamentação por meio do Decreto Presidencial nº 7.508 de 28/06/2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências (BRASIL, 2011).

Saiba +

Você sabe a diferença entre lei e decreto?

Lei

- A lei obriga a fazer ou a deixar de fazer algo ou alguma coisa.

O decreto não obriga nem desobriga um cidadão, em nada.

Decreto

- O decreto serve para regulamentar uma lei.

O decreto é um dispositivo privativo do chefe do poder executivo, nas três instâncias de governo.

Está descrito na CF de 1988, no Art. 5º, inciso II, o princípio genérico da legalidade, segundo o qual “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa, senão em virtude da lei” (BRASIL, 1988). Somente por meio de uma lei se modifica um direito ou obrigações.

Para saber mais sobre os conceitos de lei e decreto, recomendamos que acesse o glossário disponível [aqui](#) (BRASIL, [20-?]).

Destacam-se para efeitos do Decreto nº 7.508/2011 alguns termos e terminologias, dispostos no Capítulo I, Art. 2º – sem a intenção de defini-los, serão apenas citados (BRASIL, 2011):

- » Região de Saúde
- » Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde



- » Portas de Entrada
- » Comissões Intergestores
- » Mapa da Saúde
- » Rede de Atenção à Saúde
- » Serviços Essenciais de Acesso Aberto e Protocolo Clínico
- » Diretriz terapêutica

Atenção !

É importante que você conheça o que dispõe cada capítulo do decreto. Por exemplo: o capítulo 1, que acabamos de expor, refere-se às disposições gerais. Cada capítulo traz o que há de mais recente na regulamentação/construção do SUS.

2 A CONFIGURAÇÃO DO SUS: GESTÃO E FINANCIAMENTO, NÍVEIS E MODELOS DE ATENÇÃO

O SUS tem como sustentáculo princípios e diretrizes, descritos em seu arcabouço legal, que se constituem de forma inequívoca na base para a sua construção e, conseqüentemente, operacionalização. Portanto, tem regras, tem legitimidade, ou seja, o SUS representa uma expressão política, jurídica e organizacional, enquanto política de Estado para a saúde, e não de governo.

Saiba +

Para saber mais sobre a configuração do SUS, acesse a publicação do Ministério da Saúde: **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**, disponível **aqui** (BRASIL, 2009).

O SUS é o sistema hegemônico do país, sendo responsável pela atenção à saúde da maioria dos cidadãos brasileiros. Abrange um conjunto de serviços ambulatoriais especializados; serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica; serviço pré-hospitalar de urgência e emergência, com destaque para o Serviço Móvel de Urgência (SAMU); além de uma rede hospitalar de média e de alta complexidade. Inclusive, e de forma mais expressiva, faz parte da sua competência a oferta de serviços básicos, na APS, por meio, principalmente, da Estratégia Saúde da Família (ESF), compondo um conjunto que reúne ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como, das ações prevenção de doenças, de agravos.

Atenção !

Não devemos utilizar a expressão "promoção e prevenção da saúde". Você sabe por quê?

Porque **saúde não se previne**. Previnem-se doenças e agravos. Saúde se promove, se protege e se recupera.

Veja como fica inadequado quando esses termos são utilizados para se referir às doenças e aos agravos:

"(...) promover, proteger e recuperar doenças e agravos" (?)



Logo, o correto é:

Promoção, proteção, recuperação → da saúde
Prevenção → de doenças e agravos

Faz-se necessário enfatizar que o SUS conta, nessa abrangência/magnitude, com serviços próprios (públicos); além de serviços contratados ou conveniados de caráter privado complementar (filantrópicos e lucrativos).

Nessa perspectiva, a intenção é expor outros elementos que configuram o SUS. Portanto, retornar-se-á ao Decreto nº 7.508/2011, no que se refere ao Capítulo II – Da organização do SUS, onde se destaca que a sua execução é realizada pelos entes federativos (união, estados e municípios), de forma direta ou indireta, tendo como complementar a participação da iniciativa privada. E, resgata que é organizado de forma a priorizar o espaço ou o processo de “especialização”; por meio das diretrizes da regionalização e hierarquização.

Nesse processo, são instituídas as regiões de saúde, que devem ser minimamente compostas por (BRASIL, 2011):

- » atenção primária;
- » urgência e emergência;
- » atenção psicossocial;
- » atenção ambulatorial especializada e hospitalar;
- » vigilância em saúde.

Nas regiões de saúde, estarão inseridas as RAS – Redes de Atenção de Saúde (BRASIL, 2011).

Ainda, discorrendo sobre a organização, o decreto destaca, com **referência ao acesso universal e igualitário, que esse acesso se inicia pelas portas de entrada às ações e serviços nas RAS, independentemente do nível de complexidade.**

Atenção !

Sobre portas de entrada: **antes** do Decreto nº 7.508/2011, só se considerava como porta de entrada no SUS a APS. E, ainda, com o reforço de ser a porta de entrada preferencial. Perceba, pela frase destacada em negrito, acima, que agora a lógica é outra.



Outro ponto a ser destacado se refere ao financiamento do SUS. É de responsabilidade das três esferas de governo o financiamento das ações e serviços de saúde. Nas esferas estaduais e municipais, além dos recursos orçamentários do próprio tesouro, há os recursos que são transferidos pela União.

O conjunto de recursos, portanto, inclui, além dos que provêm do orçamento de cada instância, os que provêm de contribuições sociais; que devem ser identificados nos fundos de saúde para a execução das ações previstas em vários instrumentos de planejamento. Para conhecimento geral, porém de forma sintética, sobre os instrumentos de planejamento do financiamento, veja o quadro a seguir:

Quadro 1 – Instrumentos de planejamento do financiamento em saúde

Instrumento	Periodicidade	Observações
Plano de Saúde e Plano Diretor de Regionalização	A cada quatro anos	Elaboração durante o exercício do primeiro ano da gestão em curso. Execução a partir do segundo ano da gestão em curso até o primeiro ano da gestão subsequente.
Plano Plurianual	A cada quatro anos	Elaboração durante o exercício do primeiro ano da gestão em curso, observados os prazos previstos na legislação vigente. Execução a partir do segundo ano da gestão em curso até o primeiro ano da gestão subsequente.
Lei de Diretrizes Orçamentárias	Anual	O projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias deve ser encaminhado ao Legislativo conforme prazos previstos na legislação vigente.
Lei Orçamentária Anual	Anual	O Projeto de Lei Orçamentária Anual será encaminhado ao Legislativo conforme prazos previstos na legislação vigente.
Programação Anual de Saúde	Anual	Elaboração durante o ano para execução no ano subsequente.
Relatório de Gestão	Anual	Envio da resolução de aprovação do relatório de gestão municipal, relativo ao ano anterior, pelo CMS (Conselho Municipal de Saúde), à CIB (Comissão Intergestores Bipartite), até 31 de maio do ano em curso. Envio da resolução de aprovação do Relatório de Gestão Estadual, relativo ao ano anterior, pelo Conselho Estadual de Saúde, à CIT (Comissão Intergestores Tripartite), até 31 de maio do ano em curso. Envio da resolução de aprovação do Relatório de Gestão Federal, relativo ao ano anterior, pelo CNS (Conselho Nacional de Saúde), à CIT, até 31 de maio do ano em curso.

Fonte: (CONASS, 2011, p. 99).



Ainda sobre financiamento no SUS, não podemos deixar de destacar a Lei Complementar nº 141/2012, que (BRASIL, 2012a):

Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; [...] revoga dispositivos das Leis nº 8.080/1990 e a 8.689/1993; e dá outras providências.

A Lei nº 141/2012 está dividida em cinco capítulos, assim denominados:

1. Disposições preliminares
2. Das ações e serviços públicos de saúde
3. Da aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde
4. Da transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle
5. Disposições finais e transitórias

Cabe enfatizar que a Lei não define o percentual da arrecadação da União, que será aplicado, anualmente, em saúde. Contudo, explicita, no Art. 6º, que os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, 12% (doze por cento) da arrecadação de impostos em ações e serviços públicos de saúde. E no Art. 7º, que os municípios aplicarão, anualmente, 15% (quinze por cento) da arrecadação de impostos em ações e serviços públicos de saúde. A respectiva Lei não apresenta incompatibilidades/incoerências com o Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2012a).

Saiba +

O que são considerados como ações e serviços de saúde, para efeito de financiamento, segundo a Lei Complementar nº 141/2012?

- I. Vigilância em saúde (epidemiológica e sanitária)
- II. Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade
- III. Capacitação de pessoal de saúde do SUS
- IV. Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos pelo SUS
- V. Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS
- VI. Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades
- VII. Saneamento básico dos distritos especiais indígenas ou remanescentes de quilombos
- VIII. Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças
- IX. Investimento na rede física do SUS
- X. Remuneração de pessoal ativo da área de saúde
- XI. Ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições do SUS
- XII. Gestão do sistema público de saúde

(Continua)



Observação: a respectiva lei também apresenta o que não constituirá despesas com ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2012a).

Para saber mais, clique **aqui**.

Se você quiser compreender melhor a Lei nº 141/12, sugerimos a leitura do livro “*O SUS e a Lei Complementar nº 141 comentada*” (SANTOS, 2012).

Tendo em vista tudo o que até aqui se abordou, consideramos contempladas as questões mais relevantes referentes à primeira temática do conteúdo programático. Contudo, você pode, de acordo com o(s) seu(s) interesse(s), aprofundar seu conhecimento sobre os pontos abordados a partir das leituras indicadas.

3 A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE ENQUANTO BASE PARA A CONSTRUÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Antes de adentrar na construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), torna-se necessário contextualizar a situação dos sistemas de saúde para a melhor compreensão das propostas de RAS.

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2011), há uma crise contemporânea dos sistemas de saúde em inúmeros países do mundo. Essa crise demonstra que há uma divergência entre as situações epidemiológicas onde predominam as condições crônicas e as respostas sociais que não garantem a continuidade dos processos de atenção a essas condições, respondendo apenas às condições agudas e eventos que decorrem da agudização das condições crônicas, de forma reativa, episódica e fragmentada.

Nessa perspectiva, ainda de acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (2011), os sistemas passam a ser identificados como sistemas fragmentados. Essa fragmentação apresenta-se sob inúmeras e diversificadas formas, como, por exemplo:

- » problemas de gestão, referentes ao ordenamento dos níveis ou pontos de atenção;
- » dificuldades ou ausência de acesso aos serviços de saúde pelos cidadãos;
- » descontinuidade e inadequação entre a oferta de ações e serviços e as necessidades e problemas de saúde da população.

Para uma melhor compreensão, serão apresentados, de forma resumida, alguns aspectos negativos dos sistemas fragmentados de saúde (OPAS, 2011):

- » organizam-se por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e sem comunicação uns com os outros;
- » há uma incapacidade de prestar uma atenção contínua à população;
- » não contemplam uma população adscrita (com território delimitado) de responsabilização;



- » a APS não se comunica facilmente com a atenção secundária, que também não se articulam com a atenção terciária à saúde;
- » os sistemas de apoio e os sistemas logísticos funcionam sem integração com a APS.

A atenção é predominantemente operacionalizada de forma reativa, episódica e centrada na doença.

Portanto, a OPAS (2011) afirma que, para a superação da fragmentação dos sistemas de saúde em vários países do mundo, a organização de RAS é uma alternativa. Contudo, ressalta que essa proposta não é recente, é quase secular, e menciona o Relatório Dawson, elaborado em 1920 pelo médico inglês Bertrand Dawson no Reino Unido, como o precursor da discussão sobre Redes.

Diante do exposto, serão apresentados aspectos e fatos relacionados à introdução da RAS no Brasil.

Iniciamos pela menção do respaldo legal, que é a Portaria nº 4.279/2010, que dispõe sobre o estabelecimento das diretrizes para a organização de Rede de Atenção à saúde, no âmbito do SUS (BRASIL, 2010). E, no Anexo, apresenta as diretrizes das RAS, enquanto estratégias para superar a fragmentação da atenção e da gestão em saúde, com vistas à melhoria do desenvolvimento político institucional do SUS; bem como as bases conceituais e operacionais que subsidiam a organização das RAS.

O documento enfatiza o arcabouço legal que fundamenta esse processo, com destaque para o Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), e reconhece as experiências do Ministério da Saúde (MS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), bem como os apoios promovidos pelo CONASS (BRASIL, 2010).

A Portaria nº 4.279/10 define RAS como sendo:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Tendo como objetivo:

...promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como, incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Fica evidente que as RAS, no Brasil, têm como pretensão reformular o modelo de atenção num sistema fragmentado, como fora destacado. Portanto, será necessário dar mais ênfase aos dois sistemas em discussão.

**Saiba +**

Para saber mais sobre as Redes de Atenção à Saúde, clique **aqui** (MENDES, 2011).

Mendes (2011) apresenta o que considera como características que diferenciam os sistemas de saúde fragmentados dos sistemas que têm como base as RAS.

Quadro 2 – As características diferenciais dos sistemas fragmentados e das redes de atenção à saúde

Característica	Sistema fragmentado	Rede de Atenção à saúde
Forma de organização	Hierarquia	Poliarquia
Coordenação da atenção	Inexistente	Feita pela APS
Comunicação entre os componentes	Inexistente	Feita por sistemas logísticos eficazes
Foco	Nas condições agudas por meio de unidades de pronto atendimento.	Nas condições agudas e crônicas por meio de uma RAS.
Objetivos	Objetivos parciais de diferentes serviços e resultados não medidos	Objetivos de melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos medidos.
População	Voltado para indivíduos isolados.	Voltado para uma população adscrita estratificada por subpopulações de risco e sob responsabilidade da RAS.
Sujeito	Paciente que recebe prescrições dos profissionais de saúde.	Agente corresponsável pela própria saúde.
A forma da ação do sistema	Reativa e episódica, acionada pela demanda das pessoas.	Proativa e contínua, baseada em plano de cuidados de cada pessoa, realizado conjuntamente pelos profissionais e pela pessoa usuária e com busca ativa.
Ênfase das intervenções	Curativas e reabilitadoras sobre condições estabelecidas.	Promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras ou paliativas, atuando sobre determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas.

(Continua)



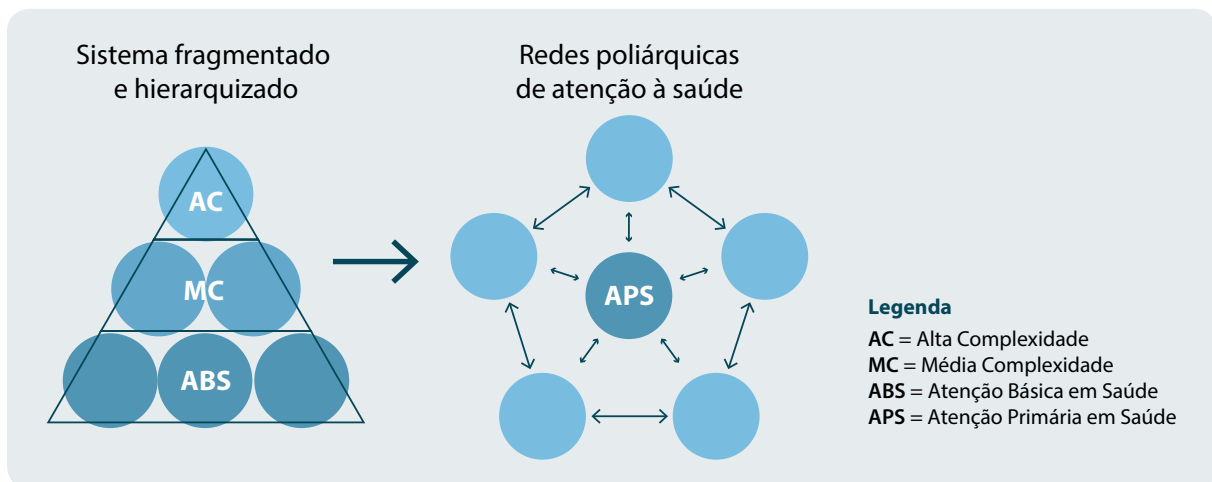
Modelo de atenção à saúde	Fragmentado por ponto de atenção à saúde, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde estabelecidas.	Integrado, com estratificação dos riscos, e voltado para os determinantes sociais da saúde intermediários e proximais e sobre as condições de saúde estabelecidas.
Modelo de gestão	Gestão por estruturas isoladas (gerência hospitalar, gerência da APS, gerência dos ambulatórios especializados etc.).	Governança sistêmica que integra a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede.
Planejamento	Planejamento da oferta baseado em séries históricas e definido pelos interesses dos prestadores de serviço.	Planejamento das necessidades, definido pela situação das condições de saúde da população adscrita e de seus valores e preferências.
Ênfase do cuidado	Cuidado profissional centrado nos profissionais, especialmente os médicos.	Atenção colaborativa realizada por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias e suas famílias e com ênfase no autocuidado apoiado.
Conhecimento e ações clínicas	Concentradas nos profissionais, especialmente médicos.	Partilhadas por equipes multiprofissionais e pessoas usuárias.
Tecnologia de informação	Fragmentada, pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes das redes de atenção à saúde.	Integrada a partir de cartão de identidade das pessoas usuárias e de prontuários eletrônicos e articulada em todos os componentes da rede de atenção à saúde.
Organização territorial	Territórios político-administrativos definidos por uma lógica política.	Territórios sanitários definidos pelos fluxos sanitários da população em busca de atenção.
Sistema de financiamento	Financiamento por procedimentos em pontos de atenção à saúde isolados.	Financiamento por valor global ou por capitação de toda a rede.
Participação social	Participação social passiva e a comunidade vista como cuidadora.	Participação social ativa por meio de conselhos de saúde com presença na governança da rede.

Fonte: (MENDES, 2011, p. 56-57, adaptado).

Agora, vamos entender melhor os sistemas hierárquicos e poliárquicos? Veja a figura a seguir.



Figura 2 – Dos sistemas fragmentados para as redes de atenção à Saúde



Fonte: (MENDES, 2009).

O centro de comunicação das RAS é a APS, cujo papel é o de ordenação das RAS e da coordenação do cuidado de todos os pontos de atenção (sendo a atenção primária a base e os demais pontos são os de atenção secundária e terciária) que deverá ser desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias para populações adscritas, territórios delimitados, de forma integral, de acordo com as necessidades de cada cidadão e da comunidade (BRASIL, 2010).

Saiba +

Pontos de atenção “são espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde [...]”

Exemplo: os domicílios, as UBS (Unidades Básicas de Saúde), as unidades ambulatoriais especializadas, CAPS (Centros de Apoio Psicossocial), entre outros.

“Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da RAS e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam” (BRASIL, 2010).

Assim, retornaremos à construção das RAS no Brasil, tendo como referências a Portaria nº 4.279/10 e o Decreto nº 7.508/11. Contudo, será enfatizada a APS enquanto base dessa construção.

A Portaria nº 4.279/10 estabelece que há três elementos que são considerados estruturais na operacionalização das RAS:

- » a APS como sendo o centro de comunicação;
- » os pontos de atenção secundária e terciária;
- » os sistemas de apoio;
- » os sistemas logísticos e o sistema de governança.



Saiba +

Para conhecer a Portaria nº 4.279/10 (BRASIL, 2010), clique **aqui**. E, para conhecer o Decreto nº 7.508/11 (BRASIL, 2011), clique **aqui**.

Os sistemas de apoio são definidos como espaços institucionais das RAS, onde há uma oferta de serviços comuns aos três pontos de atenção. São constituídos pelos sistemas de apoio ao diagnóstico e à terapêutica e pelo sistema de assistência farmacêutica, considerando essa assistência em todas as suas etapas:

- » seleção;
- » programação;
- » aquisição;
- » armazenamento;
- » distribuição;
- » prescrição;
- » dispensação;
- » racionalização;
- » sistemas de informação.

As soluções em saúde são consideradas como sistemas logísticos, que são fortemente assentados no eixo das tecnologias de informação para racionalizar a operacionalização dos fluxos e contrafluxos das pessoas. Assim, objetivam promover a integração entre a atenção primária e os demais pontos de atenção à saúde. Exemplos: as Centrais de Regulação eletrônicas de acesso, os sistemas de registros eletrônicos.

O sistema de governança se constitui por meio de processos complexos que envolvem a articulação entre as instituições, os cidadãos e os grupos sociais que, de acordo com o interesse de cada ator social, busca a garantia dos seus direitos, assegurando o dever que compete a cada um (BRASIL, 2010).

Saiba +

O **sistema de governança** é definido pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado (BRASIL, 2010).



Há uma vasta literatura sobre Redes de Atenção à Saúde, mas não faz parte do nosso propósito, nessa abordagem, aprofundar mais a temática. A intenção foi apresentar um suporte teórico, mínimo, na perspectiva de destacar esse processo e produzir um maior envolvimento de todos na construção das RAS e, consequentemente, do SUS.

Saiba +

Para um maior aprofundamento sobre as Redes de Atenção à Saúde, sugerimos o site <apsredes.org>, que dá acesso ao Portal da Inovação na Gestão do SUS. Acesse! (OPAS, [2011?])

4 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: CONFIGURAÇÕES, CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

As décadas de 1980 e de 1990 foram marcantes na história das políticas sociais, mais especificamente as de saúde, como fora demonstrado no decorrer da abordagem. Nesse período, a atenção básica foi a concepção estratégica mais expressiva entre as propostas de modificação dos modelos de atenção à saúde no país. Na década de 1980, foi instituído um conjunto de deliberações que propiciaram uma ampliação da oferta de ações e serviços de saúde na atenção básica, o que, conseqüentemente, expandiu a cobertura para localidades (de regiões, municípios etc.), prioritariamente, onde existiam vazios assistenciais que se traduziam na inexistência de recursos de saúde às populações.

Esse processo foi iniciado a partir da institucionalização das Ações Integradas de Saúde (AIS), enquanto projeto interministerial (Saúde, Previdência e Educação), no período de 1983 a 1987, por meio de convênios entre a União, estados e municípios, com o estabelecimento de recursos financeiros (ALBUQUERQUE, 2012).

O conjunto de ações e serviços de saúde desenvolvido, por meio das AIS, ia além da assistência médica, pois se estruturava, em sua maioria, a partir do reconhecimento das necessidades da população, com uma perspectiva de atuação em território delimitado. Portanto, era intrínseca à sua concepção a integração entre o serviço e a comunidade e entre o usuário e os profissionais de saúde. A integração era princípio estruturante da organização dos serviços (LIMA et al., 2005).

As AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987. O Sistema foi criado por meio do Decreto Presidencial de nº 94.657 de 20/07/1987, ficando sob a responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Previdência e da Assistência Social (MPAS) até a criação e o início da operacionalização do SUS (1988/1990) (ALBUQUERQUE, 2012).

Albuquerque (2012) afirma que em 1991, com base em experiências internacionais e nacionais, foi instituído o **Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS)** pelo MS, por meio da publicação do Manual do Agente Comunitário de Saúde (ACS) pela Fundação Nacional de Saúde. O PNACS, em 1992, passou a ser denominado como **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Aqui, a unidade programática e de cobertura, em saúde, é a família, e não o indivíduo em sua singularidade. O indicador de cobertura era o número de famí-



lias cadastradas pelo programa. A partir de então, as demandas por ampliação das ações relacionadas à atenção básica marcavam o cenário da situação de saúde do país.

Diante do exposto e, sob a justificativa de que havia uma necessidade de ampliar a interiorização do SUS, foi publicada a Portaria n° 692/1994, que dispunha sobre a criação, enquanto metas do MS, do **Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS)** e do **Programa de Saúde da Família (PSF)** (BRASIL, 1994). O PISUS foi implantado, prioritariamente, nos municípios dos estados da Amazônia legal. E, o PSF seria um modelo de atenção para todo o país, que daria prioridade não só à assistência médica individual, mas também às ações de promoção e proteção da saúde. E, sua operacionalização ocorreria por meio do trabalho em equipe, minimamente composta por:

- » 01 médico;
- » 01 enfermeiro;
- » 01 profissional de nível médio em enfermagem (técnico ou auxiliar) e;
- » Agentes Comunitários de Saúde – ACSs (sem estabelecer o quantitativo, por equipe).

Saiba +

Apesar de o PSF ter sido elaborado para ser um modelo de atenção em todo o país, é importante saber que 12 estados foram os primeiros a aderirem ao PSF. São eles: Alagoas, Ceará, **Pernambuco**, **Paraíba**, Sergipe, Pará, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná e Santa Catarina.

No final de 1994, 55 municípios contavam com USF (Unidades de Saúde da Família), com 328 equipes em atuação (ALBUQUERQUE, 2012).

É importante enfatizar que o PSF introduziu o processo de territorialização, com a adscrição da população e a delimitação do território para a atuação de cada equipe.

Cabe ressaltar que o PSF, até 1996, havia sido implantado em poucos municípios. A situação começou a mudar após a publicação da NOB/96, que explicitava, entre outros dispositivos, as bases para reordenação de um novo modelo de atenção à saúde e estabelecia a forma de financiamento da ABS (Atenção Básica em Saúde), especificamente do PACS e do PSF, por meio da criação do PAB (Piso da Atenção Básica), cujo cálculo seria de base populacional para o montante de recursos financeiros federais que seriam repassados aos municípios, exclusivamente para os procedimentos e ações da ABS (BRASIL, 2001).



Saiba +

Antes de 1996, ou seja, em 1995, os dois programas “PACS” e “PSF” saíram da gerência da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para a gerência da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS) (ALBUQUERQUE, 2012).

A partir da NOB/96, os gestores municipais demonstraram maior interesse pela implantação dos programas, que começou a apresentar uma rápida expansão, com tendência crescente, principalmente nos municípios de pequeno porte.

Dada a importância dos respectivos programas, a Portaria nº 1.886/97, em suas disposições, reconhece o PACS e o PSF como “importante estratégia” para o aprimoramento e a consolidação do SUS. Assim, resolve aprovar as normas e diretrizes dos programas, com vistas a regulamentar a implantação e operacionalização dos mesmos. Devido à expansão do PSF, de forma significativa, o PACS passou a apresentar uma redução gradativa da sua cobertura sem, evidentemente, reduzir a cobertura populacional, que passava a ser atendida pelo PSF (BRASIL, 1997).

Considera-se que, a partir da publicação da Portaria nº 1.886/97, o **Programa de Saúde da Família** passou a ser oficialmente uma **estratégia** de mudança de modelo de atenção à saúde, a partir da ABS, e recebeu a denominação de **Estratégia Saúde da Família (ESF)**. Contudo, há quase 20 anos dessa publicação, inúmeros atores que atuam direta ou indiretamente na ESF a denominam de PSF; mas o que é relevante é que se trata de uma importante estratégia (ALBUQUERQUE, 2012).

Devido à necessidade de readequar as orientações aos municípios e instrumentalizá-los quanto à organização do sistema de saúde devido à ampliação da cobertura da ESF, o MS publicou a Portaria nº 3.925/98, que dispõe sobre a criação do Manual para a Organização da Atenção Básica no SUS, estabelecendo o conceito de **Atenção Básica em Saúde (ABS)**, definido como sendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, sendo o primeiro nível de atenção do sistema de saúde; e, assumiu que, entre as estratégias existentes no SUS de reorientação do modelo de atenção, **a Estratégia Saúde da Família seria considerada como “estratégia prioritária da saúde”** (BRASIL, 1998).

Segundo Albuquerque (2012), no mesmo ano, 1998, foi criado o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) pelo DATASUS. Esse sistema tem passado por frequentes reformulações. Assim, ao longo dos anos, a ABS passou a ter uma crescente necessidade, devido à continuidade da sua expansão (incluindo os municípios de médio e de grande porte), de outros instrumentos oficiais que a respaldassem em suas modificações, tais como portarias, normas, etc.. Houve uma vasta publicação, pelo MS, desses instrumentos, cujos conteúdos se apresentavam de forma desagregada, dificultando a compreensão pelos gestores, trabalhadores e cidadãos. Diante desses fatos, ocorreu um movimento que agregou atores sociais e políticos envolvidos direta e indiretamente com a ABS, e, após



inúmeras discussões ao longo do tempo, houve uma mudança de posição da ABS através do MS, que a transformou em uma Política Nacional.

Em 2006, ocorreu a publicação da Portaria nº 648/2006, que dispõe sobre a criação da **Política Nacional de Atenção Básica** (PNAB). Esta portaria redefiniu a ABS, incorporou os princípios e diretrizes do Pacto pela Saúde e ratificou a ESF enquanto estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde do país (BRASIL, 2006).

Saiba +

Para conhecer a Portaria nº 648/2006, clique **aqui** (BRASIL, 2006).

Para ter acesso à Política Nacional de Atenção Básica, clique **aqui** (BRASIL, 2012).

Com vistas à necessidade de revisão e adequação de normas nacionais ao atual momento de desenvolvimento da ABS, além da consolidação da ESF como prioritária para reorganização da ABS, ocorreu a publicação da Portaria nº 2.488 de 21/10/2011, que no seu Art. 1º “Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes dos Anexos a esta Portaria” (BRASIL, 2011a).

A portaria conta com três anexos:

- » **Anexo I:** Disposições gerais sobre a Atenção Básica e dos princípios e diretrizes gerais da Atenção Básica;
- » **Anexo II:** Apresenta o que deverá conter no projeto de implantação das equipes de Saúde da Família e/ou equipes de saúde bucal, equipes de agentes comunitários, das equipes de atenção básica para populações específicas e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF);
- » **Anexo III:** trata da solicitação retroativa de complementação dos incentivos financeiros.

Saiba +

A Portaria nº 2.488, de 21/10/2011 está em vigor e a sua compreensão por meio de leituras, de idas e vindas, são imprescindíveis para todos os trabalhadores da APS, especialmente aqueles que atuam na ESF. Para conhecer a Portaria nº 2.488 de 21/10/2011, clique **aqui** (BRASIL, 2011a).



Ainda falando de grandes marcos e avanços do SUS, não podemos deixar de mencionar o **e-SUS Atenção Básica** (e-SUS AB).

O Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, diante das novas diretrizes apontadas pela PNAB, está movendo esforços para a implantação de um SUS eletrônico, partindo da reestruturação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), objetivando a melhora na qualidade da informação em Saúde. O novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) moderniza a plataforma tecnológica por meio do software e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) (BRASIL, 2014a).

O e-SUS AB pretende aprimorar o detalhamento das informações, permitindo o acompanhamento individualizado do usuário e as ações desenvolvidas pelos profissionais da equipe de saúde. Para isso, está sendo necessário incrementar a gestão da informação, avançar na automação dos processos e melhorar as condições de infraestrutura e dos processos de trabalho na Atenção Básica (BRASIL, 2011). Com isso, espera-se contribuir para a organização do trabalho dos profissionais de saúde, a fim de facilitar e melhorar a qualidade da atenção à saúde prestada à população (BRASIL, 2014a).

Entre os principais objetivos do e-SUS AB, destacam-se (CONASS, 2013):

- » fortalecer os processos de gestão do cuidado dos usuários;
- » reduzir o tempo e o retrabalho para a coleta dados;
- » permitir a individualização do registro;
- » produzir informações integradas;
- » facilitar a busca de informações epidemiológicas;
- » proporcionar o cuidado centrado no indivíduo, na família, na comunidade e no território;
- » orientar-se às demandas do usuário da saúde.

O grande avanço do e-SUS AB é na forma como estão sendo realizados os registros das informações em saúde. O sistema permite o acompanhamento do histórico de atendimentos de cada usuário, assim como da produção de cada profissional que atua na atenção básica. Também permite a integração dos diversos sistemas de informação oficiais existentes na atenção básica, reduzindo a necessidade de registrar informações similares em mais de um instrumento (fichas/sistemas), o que otimiza o trabalho dos profissionais e o uso da informação para gestão e qualificação do cuidado em saúde (BRASIL, 2014a).

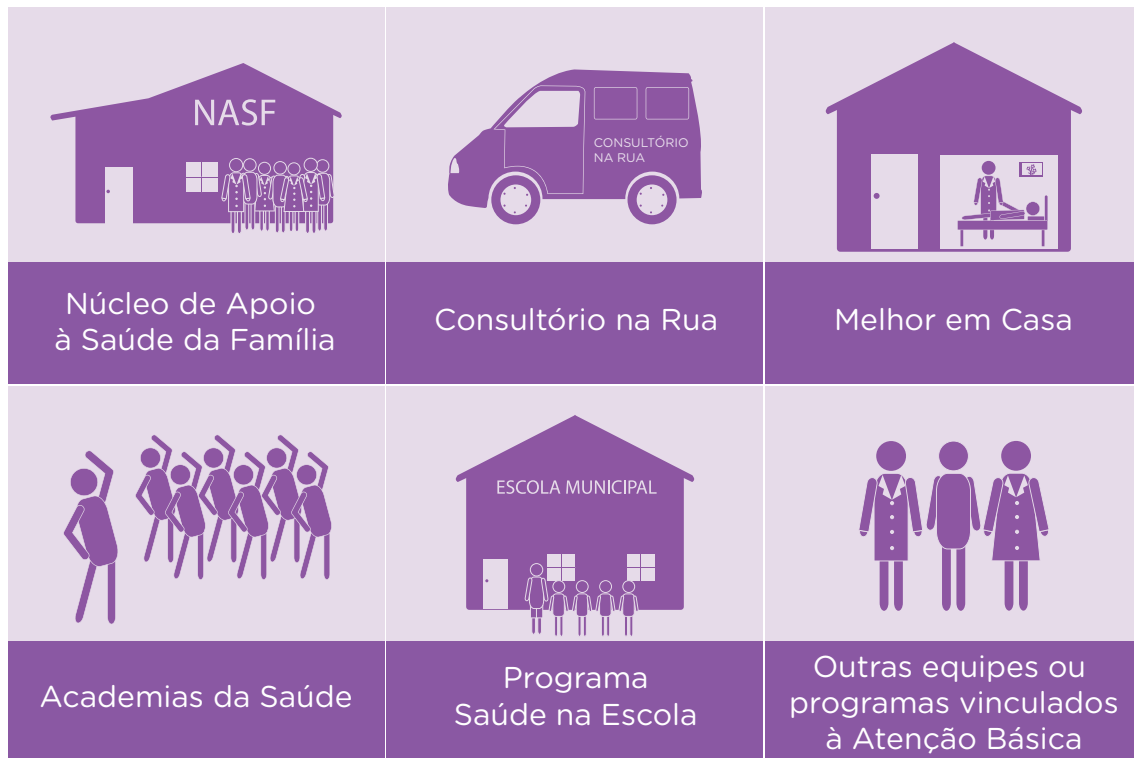
Saiba +

Para saber mais sobre o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), clique **aqui** (BRASIL, [2012]).



Outra novidade do SISAB é contemplar o registro das informações produzidas por todas as equipes que atuam na atenção básica, incluindo:

Figura 3 – Unificação das informações da atenção básica



Fonte: (UFPE,2014).

Saiba +

Para saber mais sobre como se deu o processo de mudança para reestruturar o Sistema de Informação da Atenção Básica, conheça o arcabouço legal:

- Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, disponível [aqui](#) (BRASIL, 2004).
- Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013, que institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), disponível [aqui](#) (BRASIL, 2013).
- Portaria nº 256, de 19 de fevereiro de 2014, que altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, em relação ao Programa Mais Médicos e ao PROVAB - Alimentação do SISAB por equipes com profissionais PROVAB e Mais Médicos, disponível [aqui](#) (BRASIL, 2014).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que o aporte teórico tratado nessa discussão pode proporcionar aos profissionais da Estratégia Saúde da Família inúmeras reflexões sobre o complexo processo que envolve a construção do SUS e todas as situações relacionadas à sua operacionalização.

Acreditamos também que a APS exalta múltiplas vias e combinação de fatos e fatores, que podem reduzir o enorme abismo entre o que é ofertado, sob a forma de ações e serviços de saúde, e as reais necessidades e particularidades dos cidadãos brasileiros em sua maioria. Nós podemos contribuir, enquanto atores sociais, para o êxito da melhoria da saúde dos brasileiros. Pense nisso!



REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M. I. N. **Estratégia de Saúde da Família**: um estudo sobre o processo e as condições de trabalho dos trabalhadores de saúde. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2012.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Ática, 2004.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 5 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. 2. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MEC/MS/MPAS nº 02/86. Dispõe sobre a instituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 ago. 1986. Seção 2, p. 15. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_07.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jul. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html>. Acesso em: 5 jun. 2015.



BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 nov. 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 5 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 out. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 5 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 256, de 19 de fevereiro de 2014. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria n° 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, em relação ao Programa Mais Médicos e ao PROVAB. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 fev. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0256_19_02_2014.html>. Acesso em: 5 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 nov. 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html>. Acesso em: 5 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 5 jun. 2015.



BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Disponível em: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/saude/auditoria/organizacao/portaria_648.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Direito à saúde: leis orgânicas da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, [2008]. Disponível em: <<http://dev-sus20anos.datasus.gov.br/SUS20ANOS/index.php?area=0102>>. Acesso em: 8 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de Saúde no Brasil: um século de luta pelo direito a saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=1MKZUrtw4VA>>. Acesso em: 8 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 dez. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 692, de 25 de março de 1994. Dispõe sobre a criação, enquanto metas do MS, do PISUS (Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde) e do PSF (Programa de Saúde da Família). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes nacionais de implantação da estratégia e-SUS Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 11 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/diretrizes_implatacao_esus.pdf> Acesso em: 23 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PNAB – Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>> Acesso em: 23 maio 2015.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sobre o e-SUS Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, [2012]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 8 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde: proposta versão 2.0** (inclui deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticalInformacaoSaude29_03_2004.pdf>. Acesso em: 8 jun. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Decreto Presidencial 7.508, de 28/06/2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 5 jun. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 16 jan. 2012a. p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 5 jun. 2015.

BRASIL. Tesouro Nacional. **Glossário**. Brasília, [20--?]. Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/glossario>>. Acesso em: 8 jun. 2015.



CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Estratégia e-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica – SISAB**. Nota Técnica 07/2013. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/Notas%20t%C3%A9cnicas%202013/NT%2007%20-%202013%20-%20e-SUS%20e%20SISAB.pdf>> Acesso em: 23 maio 2014.

LIMA, N. T. et al. (Orgs). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2015.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011. (Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde). Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/aps_verde_new.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2015.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Portal da Inovação na Gestão do SUS**. Parceria com Ministério da Saúde e colaboração de Conass, Conselho Nacional de Saúde e ANS. [2011?]. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2013/>>. Acesso em: 8 jun. 2015.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

SANTOS, L. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**. Campina, SP: Saberes, 2012.

UFPE. Universidade Federal de Pernambuco. **Curso online Implantação do e-SUS AB na Atenção Básica**. Recife: [s.n.], 2014. Disponível em: <https://ufpe.unasus.gov.br/moodle_unasus/cursos/e-sus/views/index.php>. Acesso em: 02 jun. 2015.

Execução:



UNIVERSIDADE
FEDERAL
DE PERNAMBUCO



Saber
Tecnologias Educacionais e Sociais

Financiamento:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Secretaria de
Gestão do Trabalho
e Educação na Saúde

Ministério da
Saúde

