



**WORKSHOP ALINHAMENTO CONCEITUAL DO SUS PARA NOVOS GESTORES
MUNICIPAIS
BARRA LONGA-MG
18 de janeiro de 2017**

Consultoras Técnicas Responsáveis:

Emanuely Paulino Soares

Psicóloga Sanitarista

Mestre em Saúde Coletiva

Fabiana Mota de Almeida Peroni

Enfermeira Sanitarista

Doutora em Saúde Coletiva

Sumário

Apresentação	3
1. Consultoras Técnicas Fundação Renova	4
2. Resgate Histórico do SUS	5
3. Aspectos sobre Planejamento, Gestão, Pactuação e Financiamento no SUS	8
4. Modelo de Atenção à Saúde: importância da atenção básica na organização da rede de atenção à saúde	14
5. Referências Bibliográficas	17

Apresentação

O presente documento foi elaborado para subsidiar a realização do Workshop ***“Alinhamento conceitual do SUS para novos gestores municipais”*** no município de Barra Longa, estado de Minas Gerais.

A Fundação Renova tendo com objetivo fortalecer a gestão pública e com vistas a atender as pactuações definidas no Termo de Transação de Ajustamento de Conduta (TTAC), assinado em 2 de março, entre Samarco Mineração, com apoio de suas acionistas, Vale e BHP Billiton, e Governo Federal, Governos Estaduais de Minas Gerais e Espírito Santo, e outros órgãos governamentais, apresentou ao município de Barra Longa, em outubro de 2016, uma ampla proposta de apoio técnico na área da saúde, que inclui um conjunto de ações estruturantes e complementares às políticas e programas desenvolvidos no município, dentre elas, a realização deste workshop que visa qualificar os novos gestores municipais que assumem o desafio de governar o município no período de 2017-2020.

A realização deste Workshop visa fornecer informações qualificadas e atualizadas para os novos gestores e atores sociais interessados em conhecer a organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS). O conteúdo foi elaborado por consultoras técnicas da Fundação Renova de forma clara e objetiva destacando pontos importantes para gestão local no que se refere a organização do SUS com base nas legislações, os principais instrumentos de planejamento e gestão, as instâncias de pactuações e o modelo de atenção à saúde.

Sejam todos bem-vindos!

Vamos juntos fortalecer o SUS em Barra Longa-MG.

1. Consultoras Técnicas Fundação Renova

Emanuelly Paulino

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba (2006). Pós-Graduação em Saúde da Família, pela Universidade Federal da Paraíba, concluída em 2009. Atuou como Coordenadora de Saúde Mental do município de Cabedelo-PB em 2009. Foi assessora técnica da Secretária de Estado da Paraíba em 2010. Foi Professora Substituta de Psicologia na Universidade Federal de Campina Grande em 2011. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília, 2014. Atuou como consultora técnica no Ministério da Saúde de 2011 a 2016. Atuou como consultora técnica junto à Unesco, Vale e Fundação Vale de 2012 a 2016. Tem experiência nas áreas de Saúde Coletiva, com ênfase em Atenção Básica, Urgência e Emergência, Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Redes de Atenção em Saúde e Assistência Farmacêutica. Atua como gerente executiva do Projeto de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas junto à Fundação Renova.

Fabiana Peroni

Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem de Passos (2002), Mestrado em Promoção da Saúde pela UNIFRAN (2008), Doutorado em Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP (2013). Experiência em docência. Consultora na área de Saúde Coletiva com trabalhos no Banco Mundial, Fundação Vale, UNICEF. Atuou como apoiadora institucional pelo Ministério da Saúde nos Estados de Pernambuco e Pará, ênfase no processo de implantação das redes de atenção à saúde nos territórios. Participação no Comitê de Desenvolvimento Regional Sustentável da UHE Belo Monte/Pará atuando na articulação entre governo federal, estadual e municípios afetados pelo empreendimento. Atualmente consultora na área de saúde coletiva pela Gesaworld do Brasil no Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde/São Paulo, em parceria com Banco Interamericano de Desenvolvimento e gerente executiva do Projeto de Apoio à Gestão em Saúde junto à Fundação Renova.

2. Resgate Histórico do SUS

Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações de saúde tinham como foco a prevenção de doenças, como a vacinação, poucas eram as ações de caráter universal, e à assistência médico-hospitalar servia aos *indigentes*, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

O INAMPS, criado em 1974, estava filiado ao Ministério da Previdência e Assistência Social (hoje Ministério da Previdência Social), e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuíssem com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada através de convênios eram estabelecidos a remuneração por procedimento, consolidando desde então a lógica de cuidar da doença e não da saúde.

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970, e representou o conjunto de ideias e desejos de mudanças necessárias na área da saúde, um modo de pensar a saúde de forma ampliada envolvendo a melhoria das condições de vida da população.

Um movimento que nasceu no meio acadêmico, mas que foi abraçado por outros setores da sociedade e partidos de oposição, um processo de ampla mobilização social que culminou com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, um marco histórico para a criação do SUS. Foi a primeira conferência nacional de saúde aberta à sociedade e cujo principal resultado foi ter formado as bases para a seção "Da Saúde" da Constituição brasileira de 5 de outubro de 1988, outro marco importante da saúde pública brasileira, ao definir a saúde como "direito de todos e dever do Estado":

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

A implantação do SUS foi realizada de forma gradual: primeiro veio o SUDS (1987); depois, a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (1990); e por fim a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que fundou o SUS.

Em poucos meses foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço.

O SUS representa uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, ÚNICO porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal.

Os ***princípios doutrinários*** do SUS são:

Universalidade: garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão – “saúde é direito de cidadania e dever do Governo: municipal, estadual e federal. Trata-se de um ideal a ser alcançado, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de forma que venham, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população (TEIXEIRA, 2011; BRASIL 1990).

Equidade: Igualdade da atenção à saúde, sem privilégios ou preconceitos. Significa assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras. Todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder oferecer para todos. O ponto de partida da noção de equidade é o reconhecimento da desigualdade entre as pessoas e os grupos sociais, em saúde significa que as desigualdades sociais se apresentam como desigualdades diante do adoecer e do morrer, e principalmente, a redução dessas desigualdades é uma forma de garantir condições de vida e saúde mais iguais para todos. Um exemplo, refere-se a formulação e implementação de políticas específicas como é o caso da população indígena, da população negra, da população GLBTT, e outras.

Integralidade: “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”. Pode ser entendida como garantia de acesso, mas o acesso por si só não garante integralidade, sendo necessários outros aspectos como

a criação de vínculos entre usuários e equipes, a melhoria das condições de vida da população e a construção da autonomia do usuário, um movimento constante na busca pela mudança no modelo assistencial (PINHEIRO, FERLA & SILVA JUNIOR, 2006; CECÍLIO, 2009).

Os *princípios que regem a organização* do SUS são:

Regionalização e hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida (adscrição de clientela). Essa organização requer um conhecimento por parte dos gestores e profissionais de saúde das necessidades de saúde de determinada população, de forma a prover os cuidados necessários no tempo adequado e oportuno.

Resolubilidade: a rede de serviço do SUS deve ser resolutiva, ou seja, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente deve estar capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência, garantindo os encaminhamentos necessários.

Descentralização: “redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo com relação à condução político-administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território (nacional, estadual, municipal), com a transferência, concomitante, de recursos financeiros, humanos e materiais para o controle das instâncias governamentais correspondentes”.

Participação dos cidadãos: garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as conferências de saúde, periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde.

Complementariedade do setor privado: quando o setor público for insuficiente, o setor privado deve suplementar, dando preferência aos serviços não lucrativos, seguindo os mesmos princípios de regionalização, hierarquização, universalidade e equidade do SUS. Toda relação público-privado deve ser regida através da celebração de contrato, conforme as normas de direito público, ou seja, interesse público prevalecendo sobre o particular, sempre respeitando os demais princípios do SUS.

3. Aspectos sobre Planejamento, Gestão, Pactuação e Financiamento no SUS

A gestão do SUS nos municípios é autônoma para execução dos serviços de saúde desde o princípio de municipalização estabelecido na Norma Operacional Básica de 1.991, logo até os dias de hoje, a responsabilidade sanitária pelo planejamento de ações, implementação dos programas e projetos, e execução dos recursos financeiros tripartite destinados aos municípios são de responsabilidade legal do gestor municipal de saúde.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, e a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, recolocaram o planejamento em saúde na agenda do gestor em razão das inovações políticas, gestoras e assistenciais ali estabelecidas. Essas normas determinaram a necessidade de revisão normativa, de aprimoramento de estruturas instrumentais e de construção de novos processos e novas ferramentas de apoio ao planejamento no SUS (BRASIL, 2016).

Ao gestor municipal de saúde cabe, dentre outras responsabilidades sanitárias, conhecer a realidade local do território, do ponto de vista epidemiológico (ex.: quais são as doenças mais comuns?), demográfico (ex.: taxa de natalidade.), socioeconômico (ex.: índice de desenvolvimento humano.), dentre outros. Para tanto, faz-se necessário traçar um grande diagnóstico para avaliar a capacidade instalada dos serviços de saúde, os recursos humanos disponíveis, condições de infraestrutura e o modo como são prestadas as ações à população. De posse dessas

informações é possível planejar um conjunto de iniciativas, constituindo assim um plano de ação.

O planejamento no Sistema Único de Saúde é uma função gestora que além de requisito legal, é um dos mecanismos relevantes para assegurar a unicidade e os princípios constitucionais do SUS. Expressa as responsabilidades dos gestores de cada esfera de governo em relação à saúde da população do território quanto à integração da organização sistêmica. A tarefa de planejar exige conhecimento técnico que se expressa em instrumentos e ferramentas desenvolvidas em processos de trabalho (BRASIL, 2016).

Considerando o respeito e democracia estabelecidos no SUS e que deve existir entre as três esferas (União, Estados e Municípios), especialmente no que diz respeito à garantia do acesso e qualidade dos serviços prestados, bem como no financiamento de ações é importante destacar as instâncias de negociação do SUS, por meio de suas Comissões (Regional, Bipartite e Tripartite). As três esferas têm competências comuns e específicas. Um exemplo de competência comum é: administrar recursos orçamentários e financeiros. Um exemplo de competência específica dos municípios é: planejar, organizar e avaliar a provisão local dos serviços de saúde.

As comissões intergestores são arenas de representação federativa, que têm poder de deliberação sobre as regras referentes à divisão de responsabilidades, às relações entre gestores e aos critérios de transferência de recursos e pactuação de metas e responsabilidades entre os três entes da Federação (BRASIL, 2016).

Conselhos de Saúde

A governança federativa do SUS é composta, também, por espaços onde a sociedade atua na política de saúde nas três esferas de governo, que são os conselhos de saúde e as conferências de saúde. Os conselhos de saúde são espaços institucionais presentes em cada esfera de governo voltados para formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, incluindo as questões relativas aos aspectos econômicos e financeiros (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Os conselhos estão organizados na forma de um órgão colegiado, de natureza permanente e deliberativa no âmbito da estrutura organizacional do Poder

Executivo, e sua composição é formada por representantes do governo, dos usuários, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviços. A representação dos usuários é paritária em relação ao conjunto dos demais setores que compõem o conselho, sendo 25% das vagas para os trabalhadores da saúde e 25% para os gestores e prestadores da saúde. As decisões do conselho deverão ser homologadas pelo chefe do Poder Executivo correspondente (BRASIL, 2016).

Este é um dos espaços mais democráticos para planejar, monitorar, avaliar e rediscutir sempre que necessário o conjunto de ações desenvolvidas pela gestão local. As decisões acontecem por consenso, logo a horizontalidade destas é um dos pré-requisitos fundamentais para acordar determinada proposta.

Cabe destacar ainda a importância das Conferências de Saúde que acontecem a cada quatro anos e anunciam o conjunto de ações que irão orientar a formulação de políticas tendo como base a situação de saúde da população, os problemas enfrentados, ou seja, um balanço geral do período anterior.

Instrumentos de Planejamento e Gestão do SUS

Os instrumentos de planejamento e gestão do SUS são fundamentais para orientar as políticas de saúde locais, uma vez que, associam um conjunto de iniciativas fundamentais para o desenvolvimento destas políticas ao orçamento disponível, conforme descrito, são eles:

Tabela 1 – Instrumentos de Planejamento e Gestão do SUS, 2016.

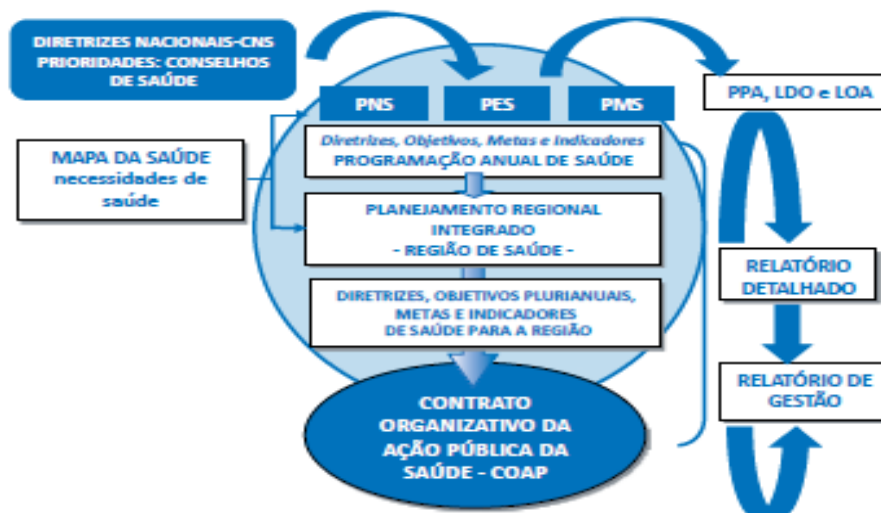
Instrumento	Objetivo	Periodicidade	Data prevista	Exclusivo do SUS
Plano PluriAnual - PPA	Sintetiza estratégias a médio prazo, bem como programas que as operacionalizam.	4 em 4 anos.	Envio ao Legislativo: 31 de agosto do primeiro ano do mandato.	Não.

Lei Orçamentária Anual - LOA	Apresenta o detalhamento anual do que está previsto no PPA.	Anual.	Envio ao Legislativo: 31 de agosto de cada ano.	Não.
Lei de Diretrizes Orçamentária - LDO	Estabelece metas e prioridades da Administração Pública, ou seja, integra o PPA e a LOA.	Anual.	Envio ao Legislativo: 15 de abril de cada ano.	Não.
Programação Anual da Saúde - PAS	Expressa as diretrizes e prioridades dos Planos de Saúde de forma objetiva.	Anual.	Apresentação ao Conselho de Saúde: 30 ou 31 de março de cada ano.	Sim.
Relatório Anual de Gestão - RAG	Apresenta a execução real do planejamento e programação anual.	Anual.	Apresentação ao Conselho de Saúde: 30 ou 31 de março de cada ano.	Sim.
Planos de Saúde - PS	Apresenta o conjunto de diretrizes, objetivos, ações e metas que irão nortear quatro anos de governo.	4 em 4 anos. Primeiro ano de gestão.	Apresentação ao Conselho de Saúde, antes da entrega da LDO ao Poder Legislativo.	Sim.

“Planejar consiste, basicamente, em decidir com antecedência o que será feito para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições adequadas venham a deteriorar-se no futuro” (CHORNY, 1998).

Esse processo inclui um conjunto de instrumentos e ferramentas de apoio à organização da gestão, conforme ciclo explicitado abaixo:

Figura 1: Ciclo do Planejamento no SUS



Fonte : Coordenação-Geral de Articulação de Instrumentos da Gestão Interfederativa (CGAIG/SGEP/MS).

Planejamento Regional Integrado

Ao considerar as Regiões de Saúde como espaços privilegiados para garantia da integralidade da atenção à saúde da população, o planejamento regional integrado sedimenta a governança nesse espaço territorial. Nesta perspectiva, a publicação do Decreto n. 7508, de 28 de junho de 2011, ao regulamentar aspectos da Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, no tocante ao planejamento em saúde, à assistência à saúde, à articulação interfederativa e à regionalização, dentre outros aspectos, cumpre seu papel no aprimoramento dos processos e práticas inerentes a um novo ciclo de gestão do SUS (BRASIL, 2013a).

O planejamento regional integrado deverá expressar as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da organização sistêmica do SUS, evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos e metas relativas às ações e serviços para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, expressando (BRASIL, 2013b):

- I - a identificação da situação de saúde no território e das necessidades de saúde da população da Região de Saúde;

II - as diretrizes, os objetivos plurianuais e as metas anuais para a Região de Saúde, bem como os prazos de execução, indicadores, responsabilidades dos entes federados;

III - a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde.

A regionalização das ações e serviços de saúde consiste em um processo de articulação funcional em um determinado território, onde se busca integrar todas as ações e serviços em uma ampla rede de atenção à saúde. Essa deve se fundamentar em um trabalho coordenado entre as unidades de saúde de diversos níveis e densidades tecnológicas, a partir de mecanismos clínicos, gerenciais e de governança que permitam aos usuários uma atenção contínua e integral, abrangendo a promoção, a prevenção, a cura e a reabilitação (BRASIL, 2016).

Discutir o planejamento regional integrado tendo como base o diagnóstico da situação de saúde, aspectos referentes ao perfil epidemiológico, sócio econômico, demográfico, variação de precificação do mercado, são pontos fundamentais para a estruturação do SUS, no sentido de apoiar a projeção de necessidades de recursos físicos, humanos e financeiros.

O Mapa da Saúde é utilizado para apontar, geograficamente, a distribuição de recursos humanos e das ações e serviços ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema, contribuindo para orientar o planejamento integrado dos entes federativos (BRASIL, 2015).

Esta ferramenta tem como objetivo apoiar o processo de diagnóstico situacional dos serviços e situação de saúde dos territórios, reforçando o planejamento regional integrado, coordenado pelo Estado e ampliando a capacidade de gestão do SUS.

A Programação Geral das Ações e Serviços do SUS - PGASS consiste em um processo de negociação e pactuação intergestores em que serão definidos os quantitativos físicos e financeiros das ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos, no âmbito da região de saúde. Deverá possuir forte articulação com a Programação Anual de Saúde (PAS) e com outras programações específicas, a exemplo da Vigilância em Saúde, de cada ente federado, dando visibilidade aos

objetivos e metas estabelecidos no processo de planejamento regional integrado, bem como na definição dos fluxos de referência para sua execução (BRASIL, 2011a).

O SISPACTO por sua vez é um sistema que tem como objetivo garantir o registro de dados referentes às principais metas e aos indicadores da saúde, pactuados Resolução CIT nº 05, de 19/06/2013 que dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2013-2015 (BRASIL, 2013c).

Financiamento Tripartite

O aporte de recursos públicos para o financiamento das ações e dos serviços de saúde segue uma lógica semelhante ao modelo de distribuição de recursos fiscais da Federação. [...] Uma parte dos recursos provém dos tributos instituídos e arrecadados em cada esfera de governo. [...] A União conta exclusivamente com essas fontes de recursos para financiar suas despesas com ações e serviços de saúde, podendo, porém, em casos especiais e previstos na legislação, recorrer a outras fontes de financiamento, tais como títulos de responsabilidade do tesouro, empréstimos junto a fundos federais diversos etc. (BRASIL, 2016).

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012) — que regulamenta a Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000 — estabelece que cada uma das esferas da federação deve destinar valores mínimos que deverão ser aplicados anualmente para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 2016).

Há um fundo de saúde em cada Unidade Federada responsável pelas transferências intergovernamentais, para onde se destinam os recursos orçamentados.

4. Modelo de Atenção à Saúde: importância da atenção básica na organização da rede de atenção à saúde

Modelo de atenção ou modelo assistencial refere-se a organização do sistema e das práticas de saúde para a resolução de problemas e o atendimento das necessidades de saúde da população, sejam elas individuais ou coletivas. Pode ser

concebido por meio de normas, padrões e referências para o campo técnico-científico, para orientar escolhas técnicas, decisões políticas e financiamentos.

Pode-se dizer que há uma diversidade de formas de organizar a produção de ações e serviços de saúde, um conjunto de saberes e tecnologias de determinados grupos sociais que, apoiados na dimensão política, disputam dada forma de organizar a assistência. São na verdade projetos assistenciais que, apoiados em conhecimentos e saberes, definem o que é problema de saúde, como devem ser as práticas de saúde, para que servem e como devem ser organizadas tais práticas, quais serão os trabalhadores necessários e para quais pessoas estão dirigidas (MERHY, MALTA & SANTOS, 2004). Por isso é comum a afirmação que temos no SUS vários modelos assistenciais em disputa.

Ao analisar a história do sistema de saúde brasileiro, percebe-se que o mesmo percorreu um caminho evolutivo e passou por diversos momentos de consolidação onde diferentes modelos se configuraram, influenciando diretamente a forma de organização dos serviços de saúde e a produção do cuidado. Percebe-se, porém, nas várias propostas uma disputa de hegemonia entre os modelos tecnoassistenciais da política neoliberal, em que predomina a lógica do mercado para organizar e distribuir serviços de saúde, e aqueles comprometidos com a universalidade do direito à saúde e o compromisso com a defesa radical da vida das pessoas (MERHY, MALTA & SANTOS, 2004).

Sabe-se que o modelo de assistência influenciado pela lógica neoliberal conhecido como modelo médico hegemônico, que está centrado na medicina especializada e em hospitais, não atende as necessidades da população, exigindo esforços permanentes e consideráveis para tornar realidade os preceitos da integralidade com universalidade e equidade.

Vários modelos alternativos foram experimentados sempre buscando aproximar cada vez mais ações e serviços às necessidades de saúde da população, dentre as várias propostas existentes destacam-se as Ações Programáticas de Saúde, Medicina Comunitária, Estratégia de Saúde da Família, Acolhimento, Em Defesa da Vida, Vigilância da Saúde, Promoção da Saúde, Sistemas Locais de Saúde, Cidades Saudáveis, uma variedade de modelos com resultados e experiências bem sucedidas em vários lugares do país.

Apesar de complexa, trata-se de uma discussão importante uma vez que refletir sobre modelos de atenção é refletir sobre as políticas públicas. Vale destacar que o modelo idealizado para o SUS está baseado na integralidade do cuidado, na garantia do acesso, na regionalização e descentralização dos serviços, atendendo a população de forma humanizada e resolutiva, sempre voltado às necessidades da população.

Lenir Santos (2011) conseguiu sintetizar um pouco dessa reflexão sobre modelos de atenção à saúde, autora destaca que *“a organização do SUS em nosso país está assentada em três pilares: **rede** (integração dos serviços interfederativos), **regionalização** (região de saúde) e **hierarquização** (níveis de complexidade dos serviços) ”*.

Esses devem ser os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, a constituição e toda essa normatização legal define que o SUS é um sistema integrado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, esse deve ser o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa.

Nesse sentido, o sistema de saúde deve ser organizado a partir da **atenção básica**, principal porta de entrada do sistema, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.

A Política Nacional de Atenção Básica define atenção básica como:

“Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”.
(BRASIL, 2011b)

Em linhas gerais, deve ser a base para organização da rede estando próximo do usuário, onde ele mora, vive e trabalha; precisa ser resolutiva no sentido de identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, propondo respostas tais necessidades; deve ser o centro de comunicação da rede, capaz de coordenar o cuidado, ou seja, elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS; além de ordenar a rede, para isso deve ser capaz de reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos

outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2011b).

A atenção básica deve atuar como porta de entrada resolutive, resolvendo a maior parte das necessidades de saúde (por volta de 85%) dos usuários e ordenando a demanda por serviços de maior complexidade, organizando os fluxos da continuidade da atenção ou do cuidado. Este papel essencial da atenção primária, tanto na resolução dos casos, quanto no referenciamento do usuário para outros níveis, torna-a a base estruturante do sistema o princípio para organização das redes de atenção à saúde (Lenir, 2011).

Uma atenção básica fortalecida e de qualidade é um dos princípios básicos para a organização das redes de atenção à saúde. A Portaria 4.279/2010, define redes de atenção à saúde como “*arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado*” (BRASIL, 2010).

Na organização das redes de atenção à saúde é preciso considerar aspectos estruturais como financiamento, redistribuição de recursos e pactuação de responsabilidades entre os entes federativos visando à organização das redes no território; um processo solidário entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Exige uma nova forma de pensar e agir, o **trabalho em rede** pressupõe o estabelecimento de relações mais democráticas, induzindo à criatividade dos profissionais de saúde, gestores e usuários que, a partir dos recursos existentes no território, ampliam a capacidade de enfrentamento dos problemas no âmbito local e regional, favorecendo ações inovadoras que respondam às necessidades individuais e das instituições (SANTIAGO & ANDRADE, 2008).

5. Referências Bibliográficas

BRASIL. **ABC DO SUS**. BRASILIA 1990.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Acessado em 02/08/2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm

BRASIL. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Disponível em: <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Articulação Interfederativa e os novos desafios da gestão do SUS - Brasília**: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 138 p. : il. – (Série Articulação Interfederativa ; v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**: estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamentação da Lei nº 8.080/90. 1. ed - Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015** - Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015** - Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília, 2010a. Acessado em: 03/04/2011. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_3_01210.pdf

BRASIL. **Relatório Final 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf

CECÍLIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ / IMS / ABRASCO, 2009.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. **Participação social**. In: GIOVANELLA, Lígia (Org.). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 853-883.

História do SUS. Disponível em:

<http://sistemaunicodesaude.weebly.com/histoacutera.html>

MERHY, E.E.; MALTA, D.C.; SANTOS, F.P. **Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão.** In: FREESE, E. (org.). Municípios: a gestão da mudança em saúde. Recife-PE: UFPE, 2004. pp. 45-76. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>

PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; SILVA JR. A. G. **Integralidade na atenção à saúde das populações.** In: MARINS, J. J. N. M. et al. (org.). Educação médica em transformação. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 269-284.

SANTOS, L. **O Modelo de Atenção à Saúde se Fundamenta em Três Pilares:** Rede, Regionalização e Hierarquização. Setembro de 2011. Blog Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/>

SANTOS, N. R dos. **Sistema Único de Saúde – 2010:** espaço para uma virada. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010;34(1):8-19.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do sistema único de saúde.** Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia. Junho de 2011. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf