

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

POLÍTICA DE SAÚDE, POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB) E POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PNVS) NO BRASIL

*PROGRAMA SAÚDE COM AGENTE
E-BOOK 6*



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

POLÍTICA DE SAÚDE , POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB) E POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PNVS) NO BRASIL

*PROGRAMA SAÚDE COM AGENTE
E-BOOK 6*



Brasília – DF
2023

2023 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsmms.saude.gov.br

Tiragem: 1ª edição – 2023 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Coordenação-Geral de Ações Educacionais

SRTVN 701, Via W5 Norte, lote D,

Edifício PO 700, 4º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-3394

E-mail: sgtes@saude.gov.br

Secretaria de Atenção Primária à Saúde:

Departamento de Saúde da Família

Esplanada dos Ministérios Bloco G,

7º andar CEP: 70058-90 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315-9044/9096

E-mail: aps@saude.gov.br

Secretaria de Vigilância em Saúde:

SRTVN 701, Via W5 Norte, lote D,

Edifício PO 700, 7º andar

CEP: 70719-040 – Brasília/DF

Tel.: (61) 3315.3874

E-mail: svs@saude.gov.br

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE – Conasems

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B,
Sala 144

Zona Cívico-Administrativo, Brasília/DF

CEP: 70058-900

Tel.: (61) 3022-8900

Núcleo Pedagógico do Conasems

Rua Professor Antônio Aleixo, 756 CEP

30180-150 Belo Horizonte/MG

Tel: (31) 2534-2640

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Av. Paulo Gama, 110 – Bairro Farroupilha –
Porto Alegre – Rio Grande do Sul

CEP: 90040-060

Tel: (51) 3308-6000

Coordenação-geral:

Adriana Fortaleza Rocha da Silva – MS

Cristiane Martins Pantaleão – Conasems

Hélio Angotti Neto – MS

Hishan Mohamad Hamida – Conasems

Leandro Raizer – UFRGS

Luciana Barcellos Teixeira – UFRGS

Marcelo A. C. Queiroga Lopes – MS

Musa Denaise de Sousa Morais – MS

Roberta Shirley A. de Oliveira – MS

Direção técnica:

Hélio Angotti Neto

Organização:

Núcleo Pedagógico do Conasems

Supervisão-geral:

Rubensmidt Ramos Riani

Coordenação técnica e pedagógica:

Cristina Crespo

Valdívila Marçal

Elaboração de texto:

Rubensmidt Ramos Riani

Simone Ferreira de Assis

Revisão técnica:

Andréa Fachel Leal – UFRGS

Diogo Pilger – UFRGS

Érika Rodrigues De Almeida – SAPS/MS

Fabiana Schneider Pires – UFRGS

José Braz Damas Padilha – SVS/MS

Kelly Santana – Conasems

Lanusa Gomes Ferreira – SGTES/MS

Michelle Leite da Silva – SAPS/MS

Patrícia Campos – Conasems

Rubensmidt Ramos Riani – SGTES/MS

Designer educacional:

Alexandra Gusmão – Conasems

Juliana Fortunato – Conasems

Pollyanna Lucarelli – Conasems

Priscila Rondas – Conasems

Colaboração:

Josefa Maria de Jesus – SGTES/MS

Katia Wanessa Silva – SGTES/MS

Marcela Alvarenga de Moraes – Conasems

Marcia Cristina Marques Pinheiro –
Conasems

Rejane Teles Bastos – SGTES/MS

Roberta Shirley A. de Oliveira – SGTES/MS

Rosângela Treichel – Conasems

Suellen da Silva Ferreira – SGTES/MS

Assessoria executiva:

Conexões Consultoria em Saúde LTDA

Coordenação de desenvolvimento gráfico:

Cristina Perrone – Conasems

Diagramação e projeto gráfico:

Aidan Bruno – Conasems

Alexandre Itabayana – Conasems

Bárbara Napoleão – Conasems

Lucas Mendonça – Conasems

Ygor Baeta Lourenço – Conasems

Fotografias e ilustrações:

Biblioteca do Banco de Imagens do
Conasems

Imagens:

Freepik

Revisão:

Núcleo Pedagógico/Conasems

Normalização:

Valéria Gameleira da Mota – Editora
MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Políticas de Saúde. Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Vigilância em Saúde no Brasil [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília : Ministério da Saúde, 2023.

62 p. : il. – (Programa Saúde com Agente; E-book 6)

Modo de acesso: World Wide Web: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_atencao_basica_vigilancia.pdf
ISBN 978-65-5993-443-0

I. Atenção à Saúde. II. Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia de Família. III. Políticas de saúde. I. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. III. Título.

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2023/0462

Título para indexação:

Health Policy, National Primary Care Policy (PNAB), and Brazil's National Health Surveillance Policy (PNVS)



Este é o seu *e-book* da **Disciplina Políticas de Saúde no Brasil: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)**.

Neste material, iremos contextualizar as Políticas Públicas como um conjunto de programas, ações e decisões tomadas, nas três esferas de governo, que afetam todos os cidadãos e cidadãs, independente de escolaridade, da orientação sexual, raça, religião ou classe social.

Discutiremos conceitos como: Políticas de Saúde no Brasil e os Princípios e diretrizes do SUS; Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); Modelos de Atenção à Saúde; Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS); Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Estratégia Saúde da Família; Direitos dos Usuários, Mobilização e Controle Social.

Ao lembrar tais conceitos, você será capaz de compreender a política de saúde no contexto do SUS, como ele se organiza no território e a função do agente neste processo.

Estude este material com atenção e consulte-o sempre que necessário! Acompanhe também a aula interativa e realize as atividades propostas para assimilar as informações apresentadas.

Bons estudos!



LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS | Atenção Básica em Saúde

ACE | Agente de Combate às Endemias

ACS | Agente Comunitário de Saúde

AIS | Ações Integradas de Saúde

APS | Atenção Primária à Saúde

CIT | Comissão Intergestores Tripartite

CNDSS | Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde

CONASEMS | Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS | Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DSS | Determinantes Sociais da Saúde

eAPP | Equipe de Atenção Primária Prisional

eCR | Equipe de Consultório na Rua

ESF | Estratégia de Saúde da Família

eSFR | Equipe de Saúde da Família Ribeirinha

NASF-AB | Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

PACS | Programa Agentes Comunitários de Saúde

PNAB | Política Nacional de Atenção Básica

PNVS | Política Nacional de Vigilância em Saúde

PSF | Programa Saúde da Família

RAS | Redes de Atenção à Saúde

SUS | Sistema Único de Saúde

SUDS | Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

VS | Vigilância em Saúde

LISTA DE FIGURAS

- 10** | Figura 1 - Infográfico explicativo sobre o SUS - construção coletiva
- 11** | Figura 2 - Princípios doutrinários do SUS
- 12** | Figura 3 - Bertrand Dawson
- 12** | Figura 4 - Declaração de Alma-Ata
- 12** | Figura 5 - Reforma sanitária brasileira
- 20** | Figura 6 - As Redes de Atenção à Saúde
- 24** | Figura 7 - Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead (1991)
- 26** | Figura 8 - Programa Saúde da Família _ linha do Tempo
- 27** | Figura 9 - Profissionais que atuam na equipe ESF
- 35** | Figura 10 - A integração da Vigilância em Saúde e Atenção Básica.
- 39** | Figura 11 - Vigilância em Saúde e Promoção da Saúde como referenciais essenciais
- 40** | Figura 12 - Planejamento integrado das ações em Saúde
- 40** | Figura 13 - Atribuições referentes à integração AB e vigilância
- 45** | Figura 14 - Processo de coleta e sistematização de dados

SUMÁRIO

8	POLÍTICAS DE SAÚDE - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS
13	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)
18	MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE
29	POLÍTICA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (PNVS)
36	PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E ESTRATÉGIA DE FAMÍLIA
50	DIREITOS DOS USUÁRIOS, MOBILIZAÇÃO E CONTROLE SOCIAL
54	RETROSPECTIVA
56	REFERÊNCIAS
59	BIBLIOGRAFIA

POLÍTICAS DE SAÚDE - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

saúde
na hora

saúde
em
família

SUS

PARTICIPE DE NOSSAS REUNIÕES

Conselho Local de Políticas de Saúde

Santa Amélia
TODA ÚLTIMA
DO MÊS
HORÁRIO
5^a FEIRA 18:00h

ODISAP

SAÚDE EM
PRIMEIRO LUGAR

SUS

Stratum
seguros hospitalar

www.stratum.com.br

Como garantir o direito à saúde?

No Brasil, o direito à saúde é garantido por meio do **Sistema Único de Saúde (SUS)**, criado para promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população. O SUS é uma política de Estado que amplia os direitos sociais e busca assegurar a cidadania.

Que tal recordar um pouco sobre a maior política pública de inclusão social já feita no Brasil?

Conferências Nacionais de Saúde e a construção do SUS

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) são espaços amplos e democráticos voltados para a discussão e articulação de propostas e estratégias de organização, avaliação das políticas de saúde e proposição de diretrizes coletivas. O objetivo das CNSs é orientar a revisão de alguma política vigente ou aprovação de novas diretrizes para as que já existem. Elas podem ser convocadas pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Conselho de Saúde. Assim, as CNS proporcionaram transformações históricas para a gestão.



Figura 1 – Infográfico explicativo sobre o SUS

11ª Conferência Nacional de Saúde – Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde em Controle Social.

12ª Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sérgio Arouca – Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos.

13ª Conferência Nacional de Saúde – Saúde e qualidade de vida: política de Estado e desenvolvimento.

14ª Conferência Nacional de Saúde – Todos usam o SUS! SUS na seguridade social – política pública, patrimônio do povo brasileiro.



10ª Conferência Nacional de Saúde – Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida.

15ª Conferência Nacional de Saúde – Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro.

Fonte: Conasems (2022a).



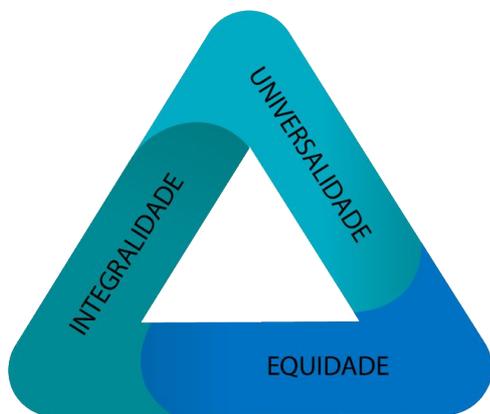
EXPLORANDO IDEIAS

Agora é com você!
Pesquise o histórico das CNS e saiba mais sobre suas conquistas!

Você se lembra dos princípios doutrinários do SUS?

Reforçar tais princípios é importante para que você entenda as políticas do SUS. Então vamos lá...

Figura 2 – Princípios doutrinários do SUS



Fonte: Cartaosus (2020).

UNIVERSALIDADE: a adoção deste princípio fundamental, a partir da Constituição Federal de 1988, transformou a saúde em um direito de todos e dever do Estado. O desafio passou a ser garantir a oferta de atendimento a todos (as) que necessitem, em todos os níveis, enfatizando as ações preventivas e o tratamento de agravos.

INTEGRALIDADE: enquanto princípio do SUS, busca garantir ao indivíduo a assistência à saúde, que transcenda a prática curativa, completando o indivíduo em todos os níveis de atenção e considerando o sujeito inserido em cada contexto social, familiar e cultural.

EQUIDADE: oferece mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenças sociais e deve atender a diversidade.

Mas como chegamos ao SUS?



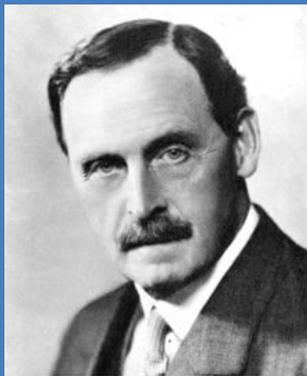
Você viu na aula interativa, mas vamos reforçar...

A política de saúde passou por diferentes períodos e modelos de assistências.

Recorda-se do vídeo “História da Atenção Básica”?

Não perca essa oportunidade e verifique se assimilou o conteúdo apresentado!

Figura 3 – Bertrand Dawson



Fonte: Wellcome collection – Viscount (1945).

1920

Foi publicado o **relatório Dawson**, que trazia um modelo hierarquizado do sistema de saúde do Reino Unido, com serviços generalistas, geograficamente próximos às comunidades. Já os serviços de suporte (exames, atendimentos especializados, hospitais) eram distribuídos regionalmente, com uma oferta racional à comunidade. Propunha, ainda, que os serviços de prevenção e os curativos não podiam ser sistematicamente separados, e que os serviços deveriam estar disponíveis de maneira universal.

Figura 4 – Declaração de Alma-Ata



Fonte: OPAS (s.d.).

1978

Depois de 58 anos, a **Declaração de Alma-Ata** evidenciou que a maneira de se prover acesso universal aos serviços de saúde deveria ser por meio de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). A proposta era que as ações preventivas, o cuidado generalista e a racionalização do uso dos outros níveis de atenção do sistema fossem de responsabilidade da APS.

Figura 5 – Reforma sanitária brasileira

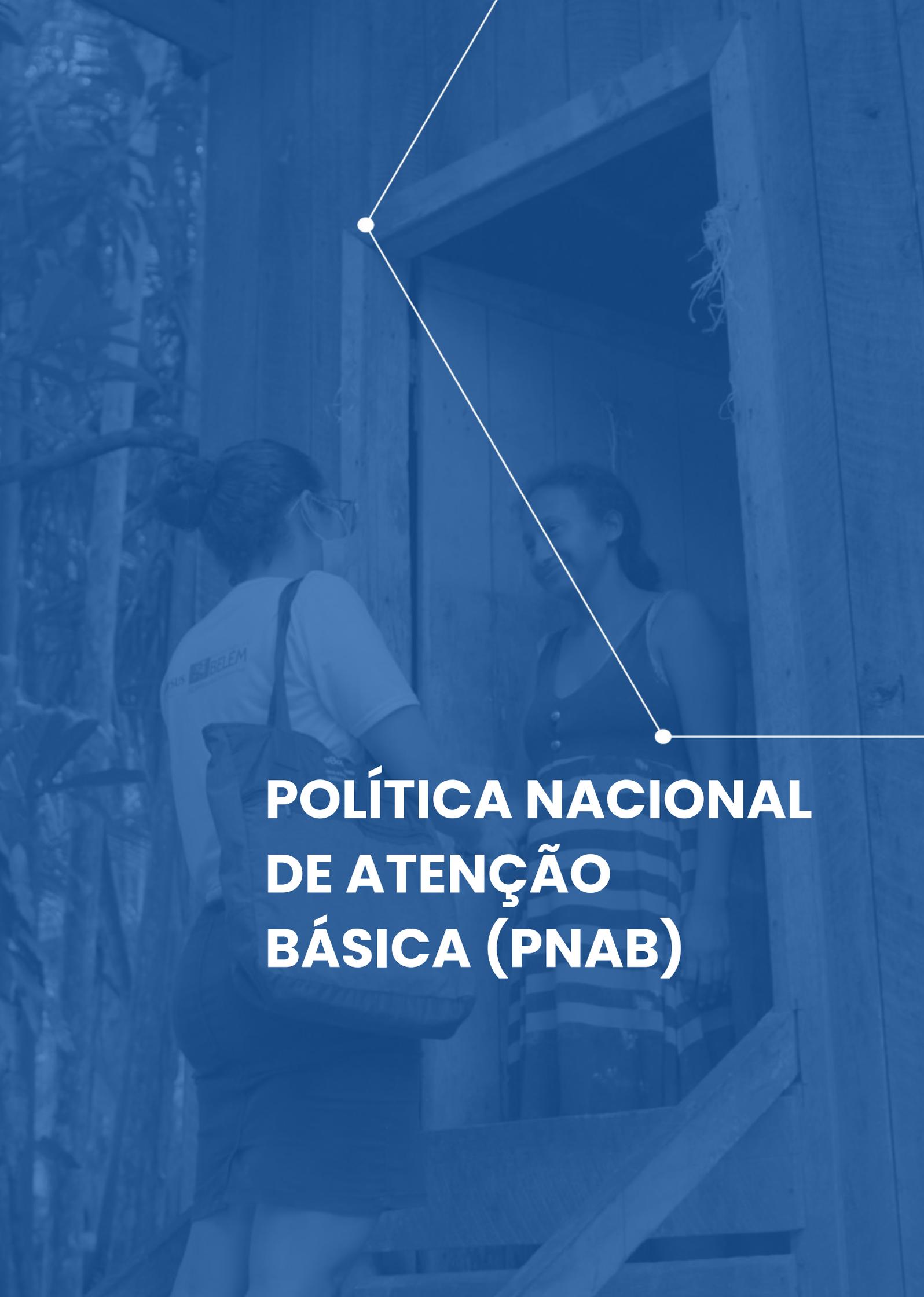


Fonte: Conasems (200?).

1980

Vale destacar que os conceitos da declaração de Alma-Ata foram introduzidos pela reforma sanitária brasileira, na década de 1980, como subsídios para os conteúdos do texto incluído na Constituição Federal e nas leis orgânicas e complementares. Nesta declaração, se observa a construção de uma estratégia mundial para que se alcançasse “saúde para todos no ano 2000”. Ela declara, entre outras importantes citações, que a APS deveria estar imbuída de um espírito de estímulo ao **autocuidado** e à **autodeterminação**.

Agora que conversamos um pouco sobre a história das políticas públicas, vamos falar sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).



**POLÍTICA NACIONAL
DE ATENÇÃO
BÁSICA (PNAB)**

Primeiramente, o que é Atenção Básica?

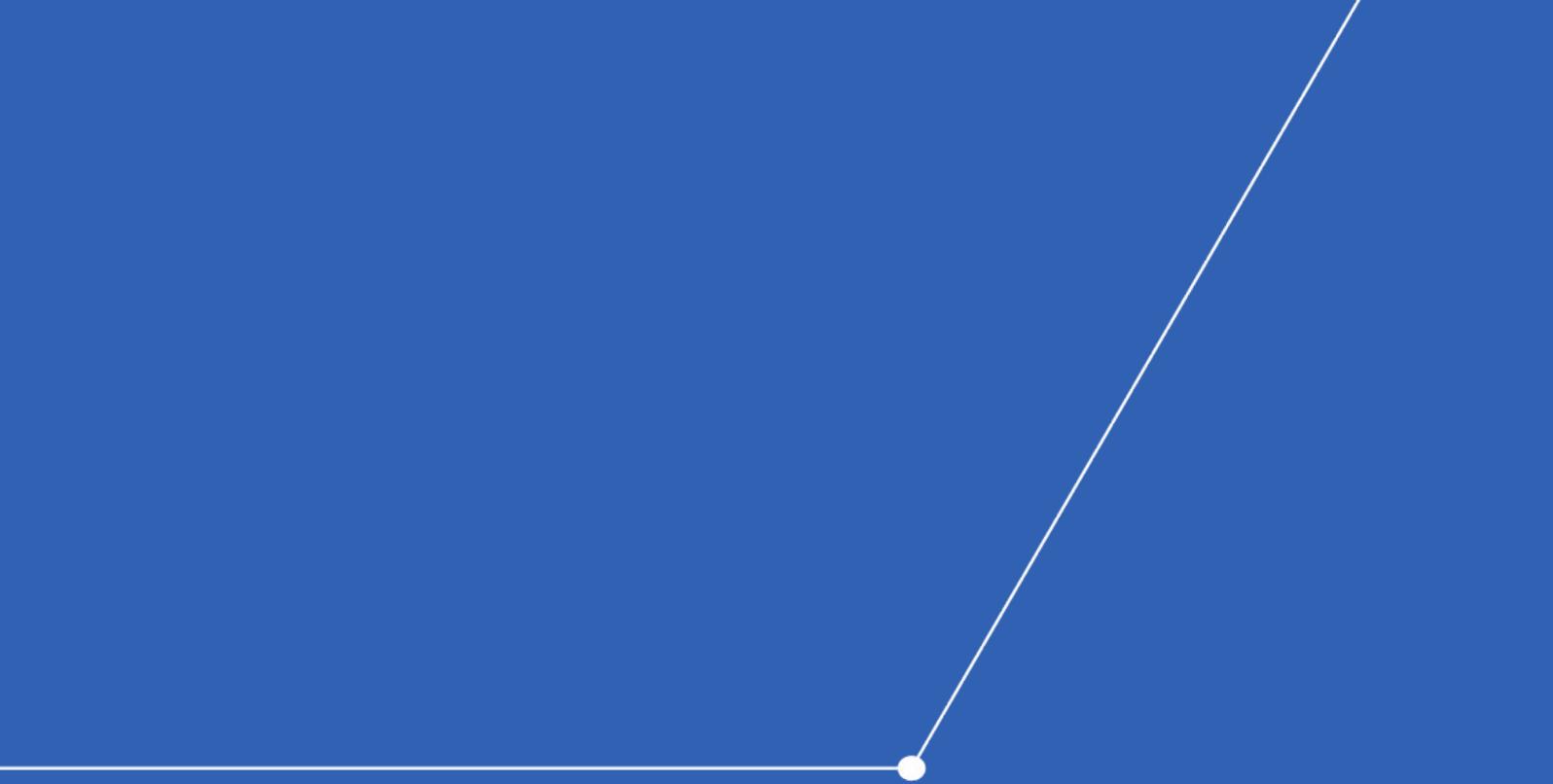
Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, que envolvem **promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde**. Além disso, ela é desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidades sanitárias. (BRASIL, 2018).

#FICA A DICA

Tenha sempre em mente que Atenção Básica (AB) se refere apenas às ações e serviços públicos de saúde, mesmo que executados por serviços complementares contratados.

Importante: quando incorporamos o princípio da integralidade como direito à saúde, Atenção Básica em Saúde (ABS) e Atenção Primária à Saúde (APS) devem ser entendidos como sinônimos.





Agora a pergunta fundamental: por que a Atenção Básica?

Porque a Atenção Básica (AB) é, ao mesmo tempo, um nível de atenção e uma proposta estruturante para organização do sistema de saúde. Quando o sistema está centrado na AB, apresenta os melhores resultados em saúde para a população.

Além disso, a AB deve garantir o acesso universal e em tempo oportuno ao usuário, além de ofertar o escopo de ações mais amplo possível visando a atenção integral e ser responsável por coordenar o cuidado dos usuários no caminhar pelos diversos serviços da rede.

Você está curioso para saber quando surgiu a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)?



A primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi estabelecida por meio da Portaria GM n.º 648 de 28 de março de 2006.

Saiba como tudo aconteceu.

Fruto de um acúmulo histórico da sociedade brasileira no processo de elaboração e efetivação do SUS, a AB vem sendo reformulada com mudanças periódicas, a fim de viabilizar a concretização do seu papel de porta de entrada do SUS e de ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

2006



A importância da AB resultou na aprovação, em 2006, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Isso refletia a expansão do, então, Programa Saúde da Família (PSF), sua consolidação como estratégia prioritária e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. A política revisou diretrizes e normas para o PSF e, também, para o **Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**.



A PNAB definiu como imprescindível a constituição de equipe multiprofissional composta por médico (a), enfermeiro (a), dentista, auxiliar de consultório dentário - ou técnico (a) em higiene dental, auxiliar de enfermagem - ou técnico (a) de enfermagem e ACS, entre outros. Todos esses trabalhadores tinham a obrigação de cumprir jornada de trabalho de 40 horas semanais.



Para a implantação das Equipes de Saúde da Família, a política determinava, inicialmente, que cada **equipe multiprofissional ficaria responsável pelo atendimento de, no máximo, quatro mil habitantes**, sendo a média recomendada de três mil. A equipe prevista contava com até doze ACS, sendo que cada um deles tinha o dever de acompanhar, no máximo, 750 pessoas.

2011



Cinco anos depois, em 2011, **uma nova PNAB foi publicada**. Para ampliar o acesso da população às Unidades Básicas de Saúde (UBS), ela mudou o parâmetro de 30 mil habitantes para cada unidade, definido na versão anterior, para 18 mil habitantes, em casos de Unidades sem Saúde da Família em grandes centros urbanos. Já em casos de UBS com Saúde da Família, manteve-se o número de 12 mil pessoas por Unidade.



O número máximo de doze ACS em cada equipe e a dimensão do conjunto populacional atendida por ela permaneceram. Houve mudanças no sentido de reconhecer a modelagem das equipes de AB, confirmando a flexibilização da carga horária dos profissionais médicos, o que havia sido objeto da Portaria do Ministério da Saúde n.º 2.027, de 2011. Assim, ficou permitida a formação de equipes com um ou mais médicos, cada um deles com **carga horária semanal de 20, 30 ou 40 horas**.



A política definida em 2011 ampliou o número de **municípios que poderiam ter os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. Também regulamentou os Consultórios de Rua e simplificou as condições para que fossem criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas. Tais ações foram importantes para atender populações inseridas em contextos específicos. Essas medidas permanecem previstas e devem ser ainda mais atreladas à realidade territorial.

2017

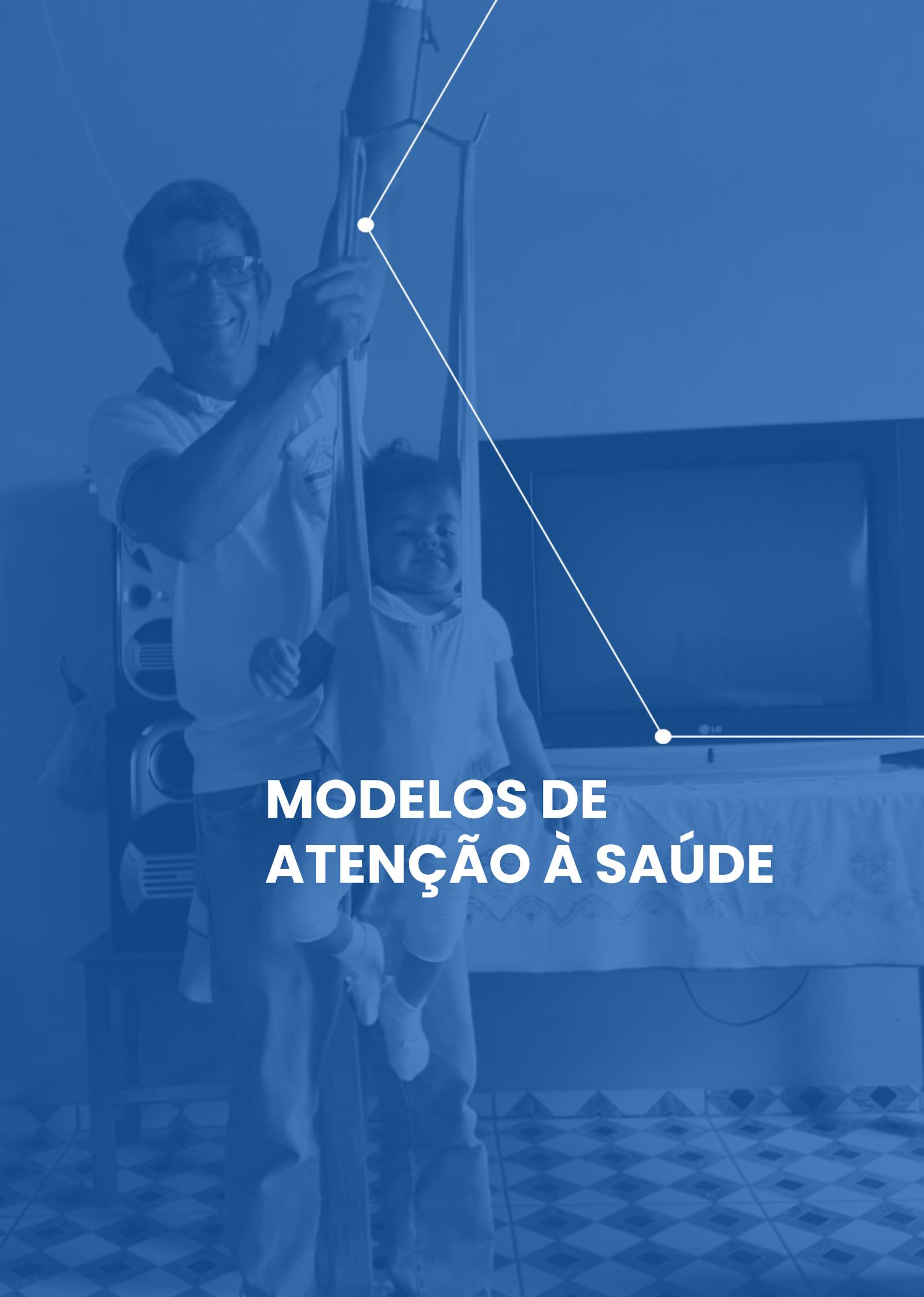


Na nova PNAB, os municípios poderão compor suas equipes com gerentes de Atenção Básica, a depender da necessidade local. O Governo Federal passa a financiar outras equipes que desenvolvem ações de AB, além daquelas que seguem o padrão da ESF. Incorpora o debate da integração da AB com a Vigilância em Saúde, especialmente por meio do trabalho articulado entre ACS e ACE. Traz à tona o debate em torno da formulação de uma Oferta Nacional de Serviços e Ações Essenciais e Ampliadas da AB, por isso **prevê lista de serviços essenciais e ampliados**. [Clique aqui](#) para consultar a Carteira de Serviços da Atenção Primária.

2019



O Ministério da Saúde instituiu a equipe de APS, substituindo o que antes eram conhecidas como equipes de ABS. Essas equipes se diferenciam da equipe de ESF em sua composição, tornando a obrigatoriedade restrita a médicos (as) e enfermeiros (as). A carga horária pode ser de 20h semanais para cobrir 50% da população adscrita na modalidade I, ou 30h semanais, mas cobrindo 75% da população adscrita na modalidade II.

A photograph of a man with glasses and a white shirt holding a baby in a white sling. The man is smiling and looking towards the camera. The baby is looking slightly to the side. The background shows a television on a stand and a table with a white tablecloth. The floor has a checkered pattern. The entire image is overlaid with a blue tint and a white line with two dots, one near the top and one near the bottom right.

MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE



TOME NOTA

Você pôde perceber que com as mudanças da PNAB, várias alterações foram feitas e outras reafirmadas. Dentre os pontos mais importantes, podemos destacar:

- A **regionalização é o modelo de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS)**, tendo a APS como porta de entrada para o sistema.
- O **papel de ordenar a RAS, pressupõe o reconhecimento e a organização das necessidades de saúde da população**, sob a responsabilidade da equipe, no planejamento de ações e na programação dos serviços, em toda a Rede.
- A **delimitação da unidade geográfica determinará uma referência para a população do território e a responsabilização da equipe de saúde pelo cuidado da clientela adstrita**, proporcionando o estabelecimento de vínculo com a equipe e a longitudinalidade do cuidado.
- Outro ponto importante da PNAB foi o **estabelecimento de um método de abordagem na Atenção Primária**, para ser adotado por todos (as) profissionais de saúde, que diz respeito ao Cuidado Centrado na Pessoa.
- **Integração Vigilância em Saúde e AB** – Essa medida pressupõe a reorganização dos processos de trabalho da equipe, a integração das bases territoriais (território único), o que melhoraria a cobertura. Aborda, também, as ações e atividades dos (as) ACSs e ACEs, com definição de papéis e responsabilidades. Desta forma, abre a possibilidade para o (a) ACE compor a equipe de AB para ampliar o atendimento à população.
- **Incorporação do Registro Eletrônico em Saúde**
Para a atualização da PNAB, o texto reforça e garante a continuidade do uso dos sistemas de informação em saúde da estratégia e-SUS AB, colocando como responsabilidades dos entes federados desenvolver, disponibilizar e implantar essas ferramentas e o prontuário eletrônico. A diretriz está em conformidade com o plano de informatização das UBS, uma das prioridades do Ministério da Saúde.

Clique [aqui](#) para saber mais sobre a PNAB ou escaneie o QR Code ao lado.



Mas por que organizar a rede de atenção à saúde no SUS?

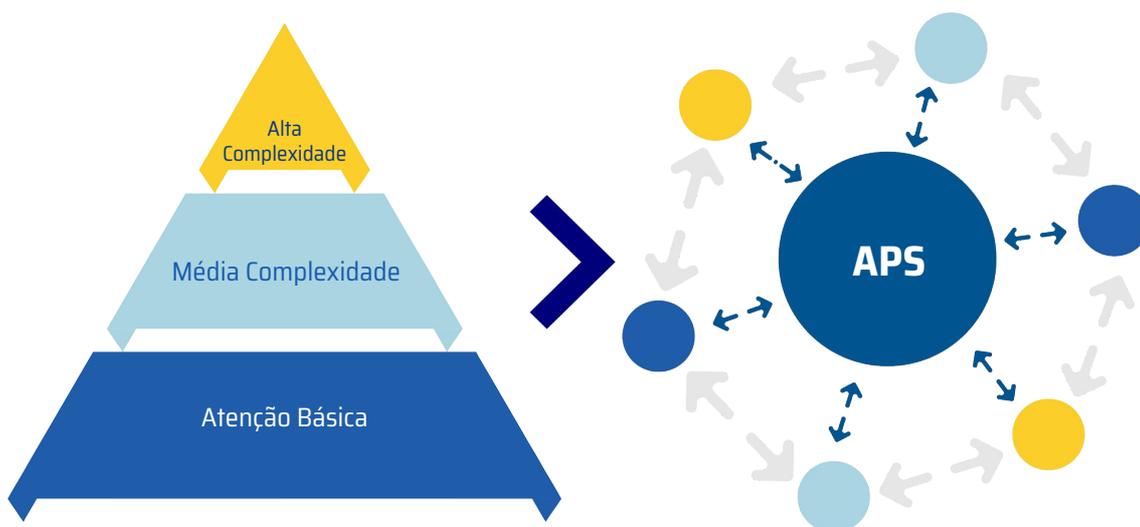
Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e dos serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual.

O modelo de atenção à saúde vigente, fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde, dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e insustentável para os enfrentamentos futuros.

Podemos, então, compreender que os modelos de atenção à saúde são combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde da população, sejam elas individuais ou coletivas. Estes modelos nascem por meio de normas, padrões e referências para o campo técnico-científico, para orientar escolhas técnicas, decisões políticas e financiamentos.

Assim, são métodos de organização do processo de prestação de serviços de saúde que resultam do estabelecimento de mediações entre as dimensões técnicas e políticas. Estas afirmações nos convidam a refletir sobre modelos de atenção e sobre as políticas públicas que já introduzimos anteriormente. **Nós saímos de uma estrutura que era hierárquica, ou seja, uma pirâmide, para uma poliárquica, ou seja, com vários pólos, sendo a APS o centro.**

Figura 6 – As Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Mendes (2001).

Você quer entender melhor o que são as RAS?



SAIBA O CONCEITO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) podem ser definidas como 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.



QUAIS SÃO OS OBJETIVOS?

Promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Além disso, visa incrementar o desempenho do SUS, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.



QUAL É SUA CARACTERÍSTICA?

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.



QUAL É SEU FUNDAMENTO?

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função dos cuidados primários e a resolução dos problemas mais comuns de saúde. A partir da APS, realiza-se e coordena-se o cuidado em todos os pontos de atenção.

Você consegue perceber que este campo do conhecimento é estritamente interdisciplinar?

E, também, que busca analisar as ações impulsionadas pelo governo, situando diversas partes do conhecimento, configurando um território de várias disciplinas e comportando teorias, metodologias e modelos analíticos?

Muitas reflexões, não é mesmo?!

Esses diversos olhares para as políticas públicas desenhadas e formuladas se transformam em planos, programas, projetos, bases de dados, sistema de informação e pesquisas.

O papel da ABS na RAS, então, é:



Mas do que se trata?

COORDENAR O CUIDADO

Elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada. O objetivo é produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Deve articular, também, as outras estruturas das redes de saúde, sejam elas intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

ORDENAR AS REDES

Reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde. Contribuir para que o planejamento das ações, assim como a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.



Perceba que a AB é, ao mesmo tempo, um nível de atenção e uma proposta de organização do SUS. Nela, o trabalho integrado e o planejamento conjunto são fundamentais. A AB deve ser operacionalizada com foco na discussão da qualidade da atenção, considerando quatro atributos essenciais e três derivados para sua avaliação:

1. Acessibilidade de Primeiro Contato: refere-se à ideia de ser o serviço preferencial de procura do usuário a cada novo problema ou episódio recorrente.

2. Longitudinalidade: pressupõe a regularidade da fonte de atenção e seu uso ao longo do tempo, o que implica a identificação de população adstrita e a existência de forte vínculo entre ela e os profissionais de saúde.

3. Integralidade: entende-se que os serviços de atenção primária devem receber todos os tipos de demandas e procurar solucioná-las, seja nas próprias estruturas, ou fazendo os arranjos necessários para questões que exijam cuidados fora de seu escopo.

4. Coordenação: define-se pela continuidade do cuidado, a capacidade de integrar a informação acerca do usuário e alavancar seu uso para aumento da eficiência da oferta proposta.

1. Orientação familiar: a capacidade de considerar o indivíduo dentro de seu ambiente, levando em conta o contexto familiar e sua exposição a ameaças à saúde.

2. Competência cultural: propõe o reconhecimento das necessidades que nem sempre estão evidentes em populações específicas.

3. Orientação comunitária: envolve reconhecer o contexto social das necessidades relacionadas à saúde dos indivíduos.

A partir de seus atributos essenciais, a AB deve fornecer atenção sobre a pessoa, não direcionada para a enfermidade e sim para medidas que visam modificar o comportamento de fatores influenciadores do estado de saúde de indivíduos e populações, chamados de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), definidos pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), como: **“Os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”**.

As relações citadas e o estado de saúde dos indivíduos são analisados por meio de diferentes modelos, a partir dos quais é possível identificar os pontos que necessitam de intervenção política para afetar o sistema.

Na tentativa de sistematizar as várias inter-relações do indivíduo com o mundo ao seu redor e os efeitos sobre seu estado de saúde, Dahlgren e Whitehead (1991 apud CNDSS, 2008) propuseram um diagrama com fatores individuais e demográficos (idade, sexo, fatores genéticos) no centro, cercado por classes de fatores politicamente mutáveis. A distância do centro é inversamente proporcional à probabilidade modificada pela intervenção pessoal.

Figura 7 - Determinantes Sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead (1991)



Fonte: CNDSS (2008).

Da definição citada anteriormente, emerge o conceito de um nível de atenção que esteja plenamente disponível e seja reconhecida como o ponto preferencial de acesso da população ao sistema de saúde, e, que, além disso, seja capaz de:

- Atuar nos condicionantes de saúde e nos processos de adoecimento de uma população determinada ao longo do tempo.
- Resolver ou intervir na maior parte dos problemas do processo saúde-doença de seus usuários.
- Ordenar as ações do sistema no território, buscando a melhora das condições de saúde da população, minimizando as intervenções desnecessárias, com responsabilidade sobre os custos e qualidade global do setor saúde.
- Utilizar tecnologias de cuidado complexas e variadas, que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância no território. Observar critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

Resumindo, a APS deve cumprir três funções especiais:

1

Resolução: visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;

2

Organização: visa organizar os fluxos e os contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;

3

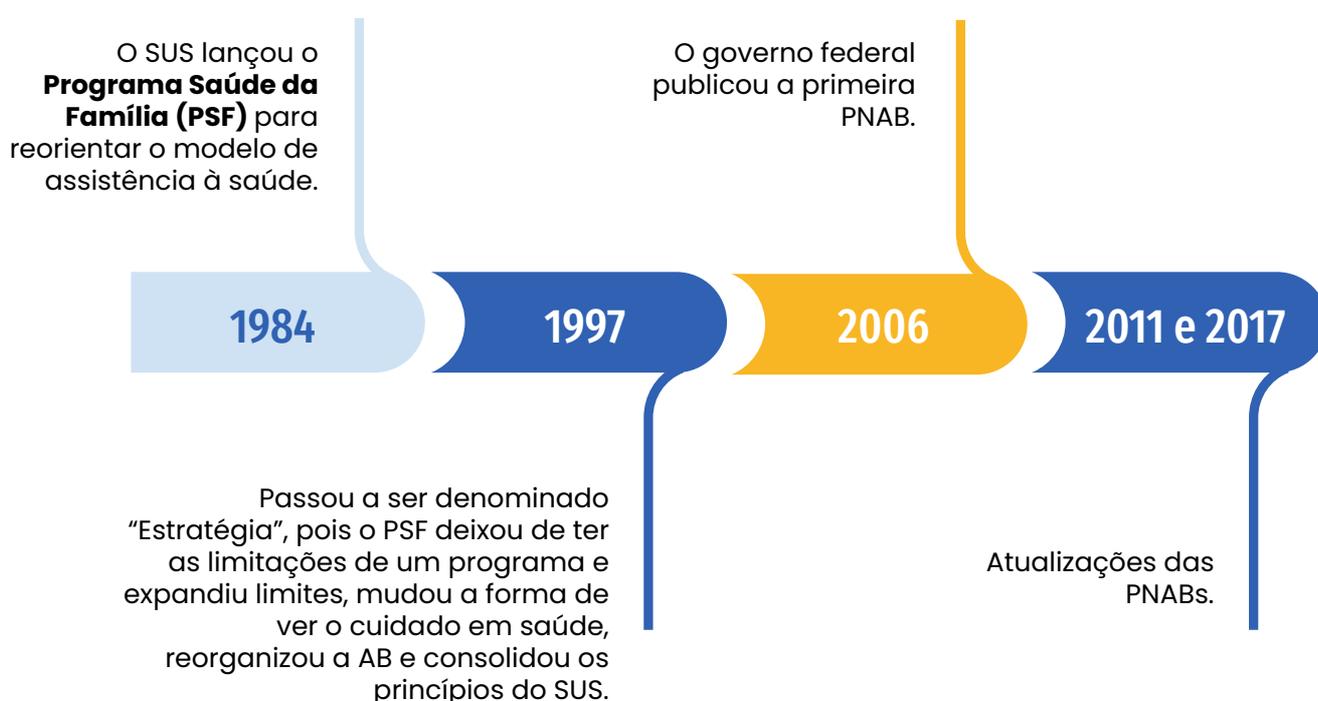
Responsabilização: visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

O *lócus* principal para a realização desse complexo trabalho da APS é a UBS.

A UBS deve possuir estrutura física adequada, equipes suficientes, insumos, materiais e equipamentos de qualidade e estar inserida na RAS. A UBS é o ponto de comunicação na RAS e deve ser capaz de prover o cuidado integral da população a ela destinada. Além disso, a UBS deve servir de campo para a formação de trabalhadores da Saúde.

Que tal relembrar o Programa Saúde da Família?

Figura 8 – Programa Saúde da Família – Linha do Tempo



Fonte: Conasems (2022b).

Apesar disso, outras estratégias de organização da AB nos territórios continuam sendo reconhecidas.

Você quer saber como é composta a equipe ESF?

As ESF são compostas por profissionais que atuam com carga horária de 40 horas de trabalho semanais.

Mas quais são, exatamente, as especialidades que fazem parte desse time de profissionais? Veja a seguir!

Figura 9- Profissionais que atuam na equipe ESF



Fonte: Conasems (2022).

Nas equipes, há uma reorientação do processo de trabalho, com objetivo de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e da coletividade. Além de propiciar uma importante relação custo-efetividade, prioriza-se ações de promoção, proteção e recuperação de saúde. Isso é feito de forma integral e continuada, com atenção à saúde, centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. Os profissionais de saúde conhecem as condições de vida e saúde das populações, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas.

Todos os profissionais do SUS e, especialmente da AB, são responsáveis pela atenção à saúde de populações que apresentam vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades de saúde específicas, assim como pela atenção à saúde de qualquer outra pessoa. Isso porque a AB possui responsabilidade direta sobre ações de saúde em determinado território, considerando suas singularidades, o que possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso à RAS e ofertar uma atenção integral à saúde.



Você viu na aula interativa, mas vamos reforçar...

São consideradas equipes de Atenção Básica para Populações Específicas:



Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)



Equipe de Consultório na Rua (eCR)

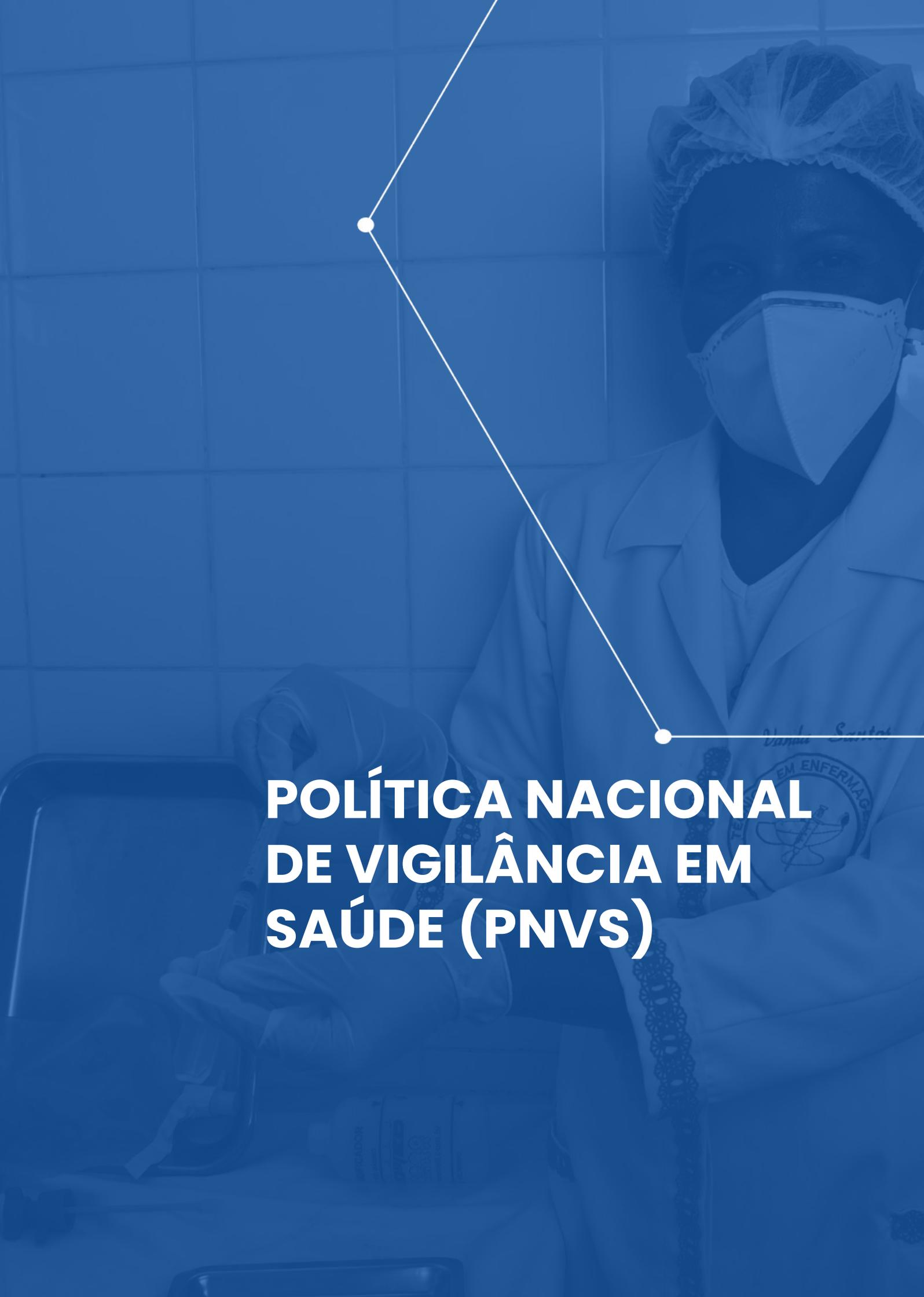


Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP)

Não perca essa oportunidade e verifique se assimilou o conteúdo apresentado!



Terminamos, por ora, de falar sobre a Política Nacional de Atenção Básica e os Modelos de Atenção à Saúde. Você viu que estes temas também envolvem a equipe da Vigilância em Saúde em um processo de trabalho integrado? É o que veremos a seguir.



**POLÍTICA NACIONAL
DE VIGILÂNCIA EM
SAÚDE (PNVS)**

Você deve se lembrar que no início de nosso estudo, falamos dos princípios do SUS. Lá, mencionamos a Integralidade. Você se recorda?



Pois bem, este princípio pontua que o SUS “deve atender cada um de acordo com as suas necessidades”. Porém, quais são essas necessidades? Ele também discorre: “e considerando o sujeito inserido em cada contexto social, familiar e cultural”, que contexto é esse?

- Conhecer a realidade das famílias;
- Identificar os problemas de saúde e situação de risco;
- Estabelecer vínculo com os usuários;
- Coordenar e participar de grupos de educação em saúde;
- Fazer o controle de doenças crônicas como hipertensão, diabetes e realizar visitas domiciliares são algumas das responsabilidades das equipes de ESF.

Como é possível notar, para garantir esse importante princípio do SUS, não basta atender quem está doente, devemos buscar entender quais necessidades a população tem, seja em nível individual ou coletivo, e dentro de quais contextos essa população está inserida.

Você se recorda dos determinantes sociais que vimos? Pois é, temos que identificá-los para garantir a efetividade da integralidade à saúde.

Segundo o CONASS (2017):

A integralidade deve ser compreendida como a garantia de acesso a todos os serviços indispensáveis para as necessidades de saúde, adequando a competência dos profissionais ao quadro epidemiológico, histórico e social da comunidade e do usuário.



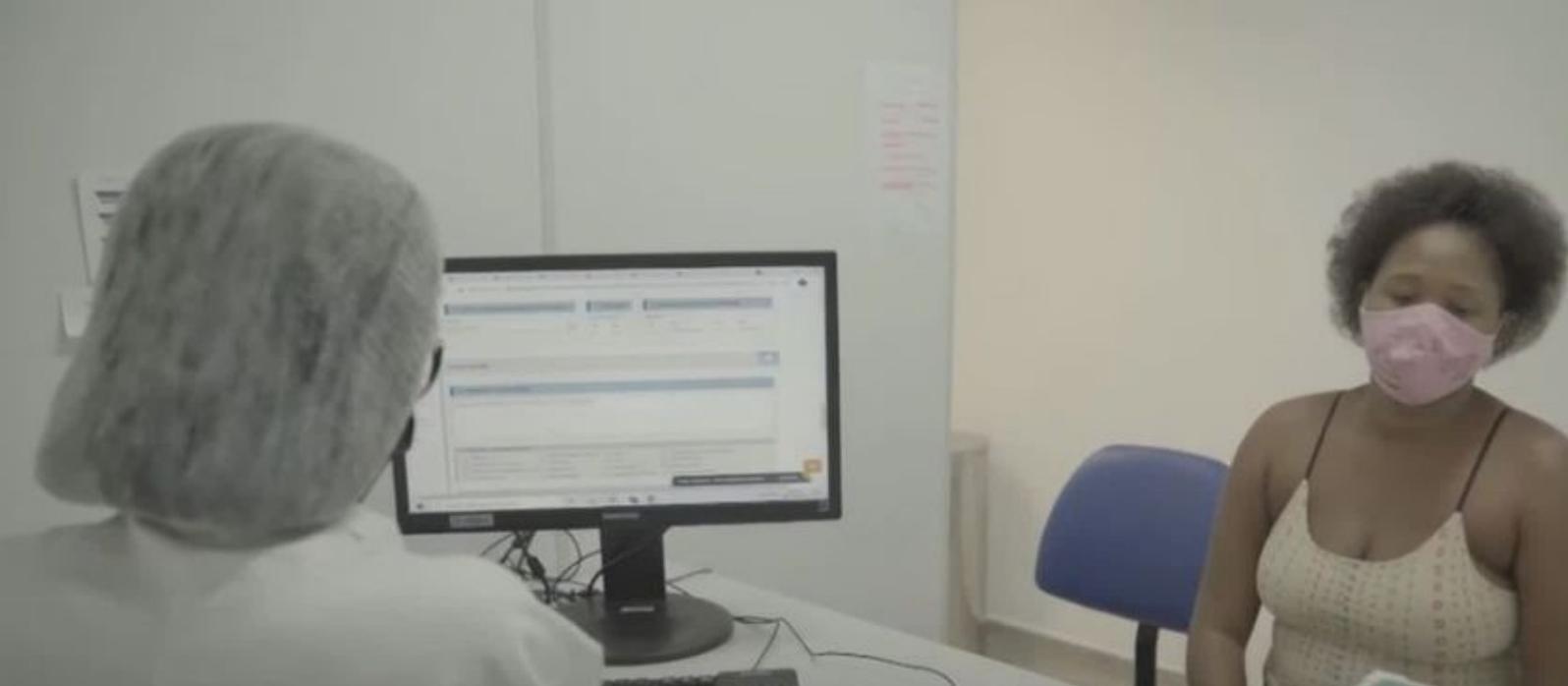
Você viu na aula interativa, mas vamos reforçar...

Vigilância em Saúde (VS) trata-se de um **processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde**. O objetivo desta política é garantir o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Não perca essa oportunidade e verifique se assimilou o conteúdo apresentado!

Tem como escopo de atuação:

- Trabalhar em bases territoriais.
- Trabalhar com diversos bancos de dados (SINASC, SINAN, SIM, e-SUS notifica, SI-PNI, e-SUS AB, entre outros).
- Produzir informações em saúde, de preferência georreferenciadas.
- Trabalhar com identificação de vulnerabilidades nos territórios, por exemplo, riscos ambientais, bolsões de pobreza.
- Trabalhar com doenças e agravos de notificação compulsória e problemas coletivos de saúde (agudos e crônicos).
- Estimular a Educação Permanente dos profissionais.
- Trabalhar valorizando a participação social.



Como já visto anteriormente, é de suma importância garantir a integração da VS com as demais áreas da saúde e, em especial, com a AB.

A [Portaria n.º 2436/2017](#), que atualiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e permite novos arranjos e reconhecimento de serviços que existem nos municípios, fortalece e induz o planejamento integrado. Isso pode ser feito através do território único. Nesse contexto, o ACE é reconhecido como membro da equipe de AB e incorpora suas atribuições, o que é um importante avanço para a gestão municipal.

Em **2018, foi instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS)**, importante marco para a mudança de paradigma em relação ao modelo de saúde hospitalocêntrico. A Política contribui para a integralidade na atenção à saúde, o que pressupõe a inserção de ações de vigilância em todas as instâncias e pontos da rede de atenção à saúde do SUS. Isso é feito mediante articulação e construção conjunta, bem como por meio da definição das estratégias e organização de fluxos da rede de atenção.

Antes de prosseguir, vamos retomar as quatro áreas do conhecimento que compõem a Vigilância em Saúde.

Lembra quais são?

- Vigilâncias Epidemiológica;
- Sanitária;
- Ambiental;
- Saúde do Trabalhador.



Vigilância epidemiológica

A Vigilância Epidemiológica é definida pelo SUS como um conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva. Tem a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças, ou agravos.

Funções:

- Coleta e processamento de dados;
- Análise dos dados processados;
- Recomendação das medidas de controle apropriadas;
- Promoção das ações de controle indicadas;
- Avaliação da eficácia e atividade das medidas adotadas;
- Divulgação de informações pertinentes.

Epidemiologia descritiva: Análise de Situação de Saúde



O primeiro estágio para o entendimento de um problema de saúde ou de uma doença, sob a perspectiva epidemiológica, consiste em descrevê-lo pelas características. Assim sendo, a epidemiologia trata basicamente de informação: a informação necessária para planejar, gerenciar e avaliar todas as atividades requeridas para promover a saúde e para prevenir e controlar doenças. Essas informações podem ser obtidas através das seguintes perguntas:

Qual é o problema de saúde, doença ou condição, e quais são suas manifestações ou características?

Quem está sendo atingido, com referência a características como idade, sexo, escolaridade, renda, grupo étnico, ocupação, hereditariedade, grupo cultural ou religioso, tamanho da família, estado nutricional, situação vacinal, hábitos pessoais dentre outros?

Onde ocorre o problema, em termos de local de residência, distribuição geográfica, altitude, proximidade com rios, florestas, animais silvestres ou fontes emissoras de substâncias tóxicas e distância entre a casa e o serviço de saúde, etc?

Quando ocorre o problema, dia, semana, mês, meses, anos ou estações do ano?

Como ocorre o problema de saúde, doença ou condição? E qual é sua associação com condições específicas, como agentes, vetores, fontes de infecção, com grupos suscetíveis ou ainda outros fatores intervenientes?

Por que o problema ocorre, e quais são os motivos para sua persistência ou ocorrência?

Qual foi o resultado? Que intervenções foram implementadas como resultado das informações obtidas, e qual sua efetividade? Houve alguma melhora no nível de saúde?

Apresentamos a seguir algumas definições de termos utilizados pela VS trazidos pelas portarias ministeriais:

- **Endemia:** A endemia é uma doença de causa e atuação local. Uma doença é classificada como endêmica (típica) de uma região quando acontece com muita frequência no local, podendo ser sazonal.
- **Epidemia:** Elevação do número de casos de uma doença ou agravo, em um determinado lugar e período de tempo, caracterizando, de forma clara, um excesso em relação à frequência esperada.
- **Surto:** Tipo de epidemia em que os casos se restringem a uma área geográfica, geralmente pequena e bem delimitada ou a uma população institucionalizada (creches, quartéis, escolas, entre outros).
- **Pandemia:** É a disseminação mundial de uma nova doença. O termo passa a ser usado quando uma **epidemia ou surto** que afeta uma região, se espalha por diferentes continentes com transmissão sustentada de pessoa para pessoa.



É necessário que os gestores e profissionais tenham conhecimento da situação de saúde do seu território, para o adequado enfrentamento dos problemas e desafios que se fazem tão complexos no cotidiano da gestão municipal. Isso deve ser feito através de informações, conhecimentos e evidências, o que permitirá a formulação de programas, estratégias e ações mais eficazes e capazes de responder às reais necessidades de saúde da população.

De porta em porta, o SUS vai adentrando nas casas brasileiras, se adaptando às singularidades regionais, mapeando costumes e perfil socioeconômico e estabelecendo ações de vigilância, promoção, prevenção e controle de doenças e agravos à saúde. Mas antes que a equipe da Estratégia de Saúde da Família chegue às casas, há toda uma rede complexa em andamento e em permanente estado de avaliação para que as políticas tenham efetividade de Norte a Sul (Conasems, 2017).

Figura 10 - A integração da Vigilância em Saúde e Atenção Básica



Fonte: Conasems (2017).



**PROGRAMA DE
AGENTES
COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE E
ESTRATÉGIA DE
FAMÍLIA**



Fique atento(a)! A função integração não acaba por aí.

Para atuarmos sobre os determinantes do processo saúde-doença, precisamos articular saberes, na perspectiva da inter e intrasetorialidade e adotarmos estratégias planejadas entre as várias áreas do conhecimento, portanto, a integração das ações entre as áreas é fundamental.

É necessário que os gestores e profissionais tenham conhecimento da situação de saúde do seu território, para o adequado enfrentamento dos problemas e desafios que se fazem tão complexos no cotidiano da gestão municipal. Isso deve ser feito através de informações, conhecimentos e evidências, o que permitirá a formulação de programas, estratégias e ações mais eficazes e capazes de responder às reais necessidades de saúde da população.

A relação entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde não pode se resumir à integração entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE), mas passa necessariamente por este debate. Em comum, as duas categorias desenvolvem um trabalho que permite a territorialização do cuidado, da atenção e da promoção à saúde, percorrendo desde os grandes centros urbanos até as áreas rurais e pouco habitadas (Conasems, 2017).

Novamente, buscamos auxílio no CONASS (2017), no que ele expõe que “as ações de Vigilância em Saúde, incluindo a promoção da saúde, devem estar inseridas no cotidiano das equipes de Atenção Primária/Saúde da Família, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, planejamento, programação, monitoramento e avaliação dessas ações, sendo que as **atividades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) serão desempenhadas de forma integrada e complementar**. Para fortalecer a inserção das ações de vigilância e promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde, recomenda-se a incorporação gradativa dos ACE nas equipes de Saúde da Família”.

Neste contexto, a equipe de vigilância sanitária (VS) deve compartilhar e discutir com a equipe de atenção primária, e esta com aquela, as informações produzidas para auxiliar na identificação dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença e no efetivo controle das doenças e dos agravos prioritários, subsidiando a tomada de decisão em cada território.

Esta é a essência da integração entre VS e AB: compartilhar dados, informações, analisar e discutir as situações de risco, planejar, executar e monitorar de forma conjunta e complementar.

Para além da integração da vigilância em saúde com atenção básica, destacamos a necessidade da articulação entre as áreas da vigilância, ou seja, integrar o processo de trabalho das ações da vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, buscando atuação de forma complementar. Mas esse também vem a ser um dos maiores desafios do SUS na atualidade. Onde entra as atuações dos ACS e ACE neste processo em transformação? Como executar tudo isto? Qual o impacto em seus processos de trabalho?



Como você imagina que esta transformação na melhoria do atendimento à saúde da população vai afetar seu cotidiano? Como será trabalhar em conjunto com os colegas da outra área, AB ou VS?

Começemos pelo início!

A **Vigilância em Saúde** (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e **Promoção da Saúde** se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde e no planejamento das estratégias de intervenção (BRASIL, 2017).

Figura 11 - Vigilância em Saúde e Promoção da Saúde como referenciais essenciais



Fonte: Conasems (2022c).

É preciso que:

- os profissionais compreendam e intervenham sobre os problemas de saúde prioritários da população, tomando como base o planejamento integrado das ações de promoção, prevenção e controle das doenças e dos agravos no seu território de atuação;
- o processo de trabalho das equipes de atenção básica, caracterizado pelo desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos, priorize determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela produção e circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho.

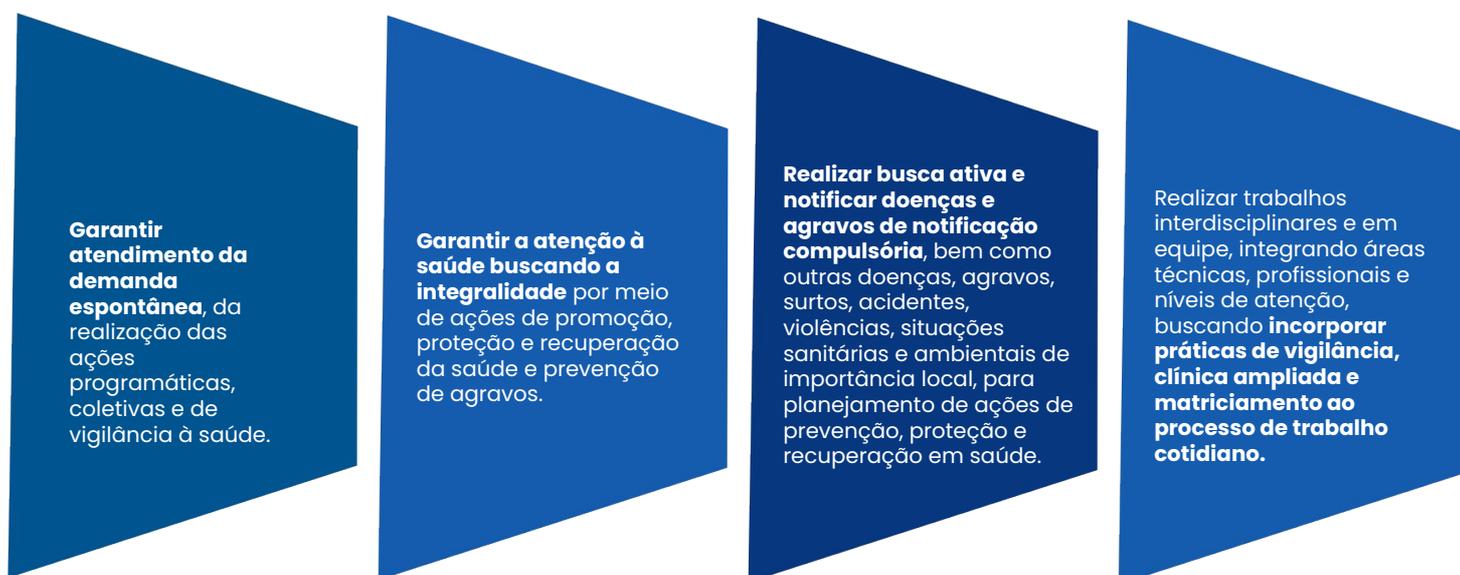
Figura 12 - Planejamento integrado das ações em Saúde



Fonte: (BRASIL, 2016).

Dentre as atribuições comuns a todos os membros das equipes que atuam na atenção básica, destacam-se algumas referentes à integração AB e vigilância:

Figura 13 - Atribuições referentes à integração AB e vigilância



Fonte: (BRASIL, 2016).

Pelo que vimos a pouco, pergunta-se:

Quais são as funções do ACS e do ACE na Estratégia Saúde da Família? (BRASIL, 2017).



Você deve estar sempre atento ao que acontece com as famílias de seu território, identificando com elas os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que interferem na saúde.

Ao identificar ou tomar conhecimento da situação-problema, você precisa conversar com as pessoas envolvidas. Se necessário, depois encaminhá-las à unidade de saúde para uma avaliação mais detalhada.

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica (AB) e Vigilância em Saúde (VS) devem se unir para a adequada identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e sanitária mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos **Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) devem ser integradas.**

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são **atribuições comuns do ACS e ACE:**

- I - Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe.
- II - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário.
- III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares.
- IV - Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos.

V – Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva.

VI – Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de saúde de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território.

VII – Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores.

VIII – Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.

IX – Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde.

X – Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros; e

XI – Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, ou outra normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.



**Você viu que ficou fácil
conhecer o que deve ser
feito? Mas isto não quer
dizer que será fácil realizar!**

É necessário que exista entre a comunidade e os profissionais de saúde relação de **confiança, atenção e respeito**. Essa relação é uma das principais características da reorganização do processo de trabalho por meio da Saúde da Família e se dá na medida em que os usuários têm suas necessidades de saúde atendidas. A população sob responsabilidade da equipe deve ser cadastrada e acompanhada, entendendo-se suas necessidades de saúde como resultado também das condições sociais, ambientais e econômicas em que vive.

A implantação da PNAB e com ela a integração da AB com a VS será um processo contínuo, que tem prazo para começar dependendo de cada gestor municipal, mas que não tem prazo para terminar. E como diz o ditado “... não há caminho, ele se faz ao caminhar.” Ou seja, cada município, cada unidade de saúde deverá encontrar seu caminho e da melhor forma possível e com o maior empenho de seus profissionais de saúde, buscando interagir em benefício da população que lhes são adstritas, às quais eles são responsáveis em seu território.

Falando em território, uma coisa deve ter chamado a sua atenção quando escrevemos **“com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação”**. Este é o maior desafio e também a melhor forma de você trabalhar de forma harmônica, complementar e efetiva.

Um ACS, durante uma visita a domicílio, destinada à avaliação de um paciente crônico, não pode fingir que não vê na casa um foco de dengue, por exemplo. Ele tem que notificar a equipe. Trata-se de integrar ações da ABS e VS, de inserir o ACE na equipe e instituir o conjunto de ações e atribuições desses atores que, necessariamente, devem ser compartilhadas. (CONASS, 2017).



Nas próximas disciplinas iremos trabalhar o tema “território”. Como você vê o seu território nesta perspectiva da integração AB e VS?

O **território** é um processo em permanente construção, resultado das diversas interações dentro de um contexto social, político, cultural e econômico, em uma dinâmica que nunca acaba.

Você, agente, é um personagem fundamental, pois é quem está mais próximo dos problemas que afetam a comunidade. É alguém que se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce.

Sua ação favorece a transformação de situações-problema que afetam a qualidade de vida das famílias, como as que estão associadas ao saneamento básico, destinação do lixo, condições precárias de moradia, situações de exclusão social, desemprego, violência intrafamiliar, drogas lícitas e ilícitas, acidentes, entre outras. Seu trabalho tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade. Para que isso aconteça, você tem que estar alerta. Tem que estar sempre “vigilante”. (BRASIL, 2009).

Agora confira:

ATRIBUIÇÕES ACS

I - Trabalhar com a adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as pessoas de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da AB. Os dados devem ser utilizados de forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde. Deve-se considerar as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território e priorizar as situações a serem acompanhadas no planejamento local.

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantindo o sigilo ético.

ATRIBUIÇÕES ACE

II - Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças. Incluir, dentre outras informações, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado.

IV - Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território.



Vejam que nestas duas atribuições existem muitas semelhanças no modo de agir. A **coleta de dados** de um complementa o outro e ambas se somam em um desenho mais real, verdadeiro e completo de sua região de atuação, de seu **território**.

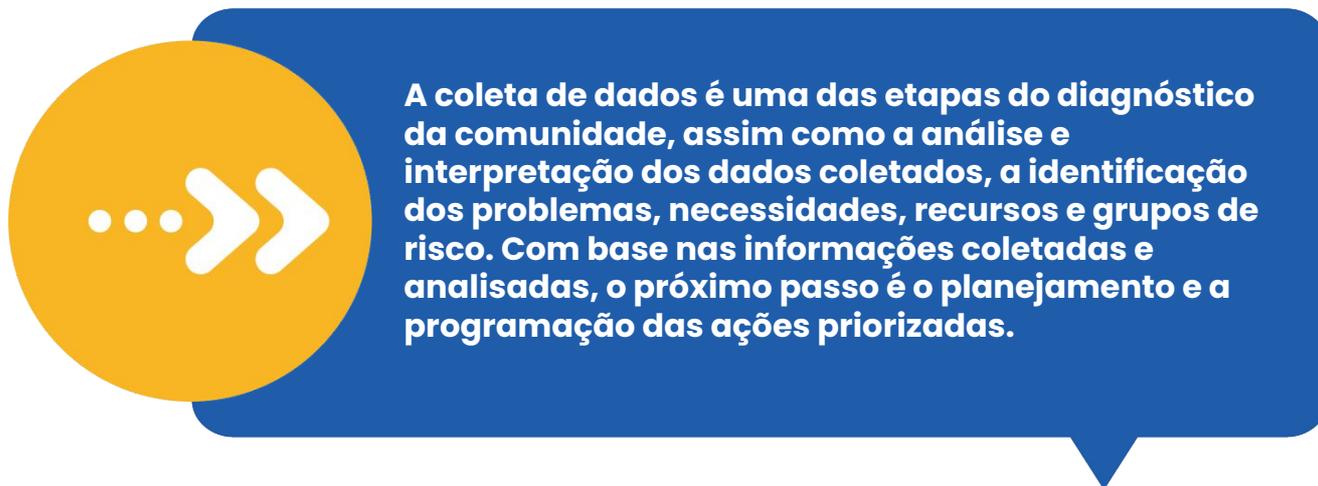
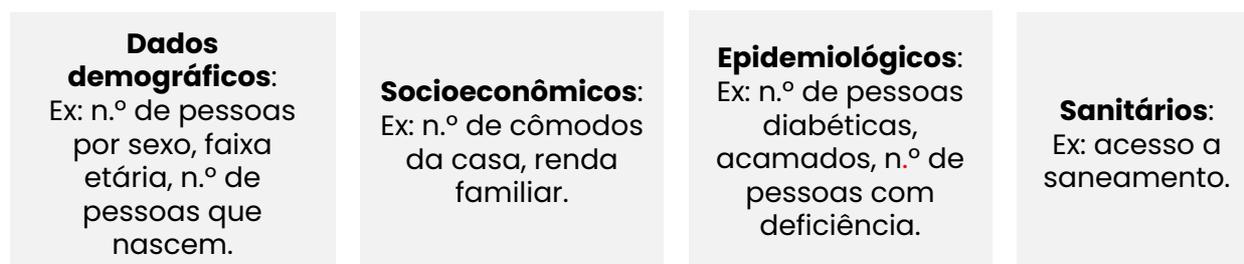
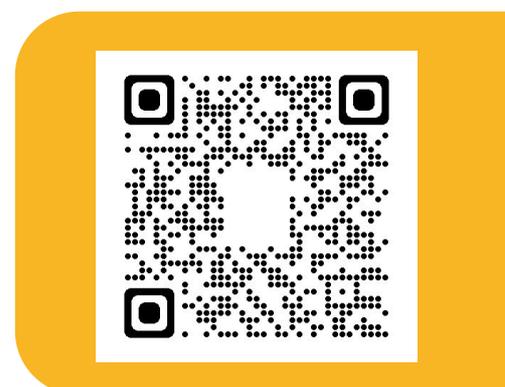


Figura 14 – Processo de coleta e sistematização de dados



Fonte: BRASIL (2009).

Agora leia o Guia da PNAB! Estas informações vão lhe auxiliar no entendimento da importância da integração entre a AB e a VS! Para acessar, utilize seu *smartphone*, e aponte a câmera para este QR Code ou [clique aqui](#).



A integração entre a VS e AB amplia o conhecimento das condições de saúde da população e, quando bem articuladas, têm o poder de transformar o cenário apresentado.

Integrar ações não significa minimizar a importância de cada área, mas possibilitar a construção de um trabalho planejado conjuntamente, que pode ser mais resolutivo do que a soma das responsabilidades de cada área. O território é a base do trabalho das equipes, e as práticas, tanto da AB, quanto da VS, incidem no mesmo espaço.

É preciso intervir nos determinantes e condicionantes sociais da saúde, incluindo ações de promoção, ações intersetoriais e que qualifiquem a dinâmica social. O objetivo é incentivar a capacidade de pensar dos indivíduos e conduzir a sociedade para um estado melhor de qualidade de vida e saúde.

E agora?



Você, agente, está em um novo processo de sua trajetória profissional, seja pela nova formação da qual está participando, seja pelas transformações que se seguirão no desencadear da implantação da PNAB/2017. Como profissional formado e enquanto técnico, é de se esperar que **novas competências, habilidades e atitudes** sejam incorporadas ao seu desenvolvimento diário de trabalho. Isto não quer dizer mais trabalho, mas sim uma nova forma de desenvolver sua função. Ou seja, você será chamado (a) a participar, interagir e contribuir em situações que antes não tinha tanto envolvimento. Portanto, é importante que **entenda um pouco mais sobre o processo de gestão do cuidado da qual sua unidade é responsável.**



A população necessita que você, agente de saúde, se sinta parte da efetivação dos programas de saúde e esteja inserido(a) na construção e na discussão do processo de trabalho. Para tanto, você deve buscar que a organização de seu processo de trabalho seja mais democrática, dinâmica e conscientemente refratária ao mero cumprimento de regras administrativas, de controle burocrático e de alienação profissional.

Você deve contribuir com a gerência do cuidado para modificar o processo de trabalho na sua unidade de saúde. Para isso, precisa partir do trabalho individual para um trabalho mais coletivo, no qual vários profissionais interagem, debatem e encontram alternativas para promoverem a saúde.

A gestão do cuidado é entendida como um conjunto de atos de saúde e o planejamento de um conjunto de tecnologias de microgestão. É pensada para resolver determinado problema, apresentado pelos usuários. Destina-se a promover atenção à saúde de qualidade, por meio de protocolos, diretrizes clínicas, linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, gestão de listas de espera, auditoria clínica e outras ferramentas.

O objetivo deve ser sempre o de proporcionar qualidade de vida, bem-estar, autonomia e, claro, o sucesso do tratamento em vigor.

Deve contribuir para:

- Planejar e executar ações coletivas no território sob sua responsabilidade, visando a promoção e proteção da saúde, articulando-se intersetorialmente.
- Organizar os demais serviços dedicados ao cuidado, a eventos episódicos (curtos, ou voltados para um determinado problema) e aos agravos menos frequentes.
- Centrar a organização do cuidado nas necessidades das pessoas (usuário centrado), com base nos critérios de risco e vulnerabilidade.
- A equipe deve corresponsabilizar-se por todas as necessidades de saúde das pessoas do território sob sua jurisdição.
- Oferecer serviços abrangentes (escopo), de acordo com classificação de oferta de serviços: essencial, ou ampliado.
- Atender os quadros agudos durante seu turno de atendimento.
- Utilizar estratégias para o acompanhamento das pessoas com agravos crônicos.
- Desenvolver intervenções em saúde mental construindo, no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir, em conjunto, o cuidado na saúde mental.
- Atender os casos de urgência e emergência e dar suporte até que sejam encaminhados aos demais pontos da RAS.
- Estratificar e classificar o risco das pessoas do território.



É importante que você consulte na Pasta Material Complementar, o **Glossário Estratégia da Saúde da Família (ESF)**. Fique por dentro dos conceitos mais utilizados!

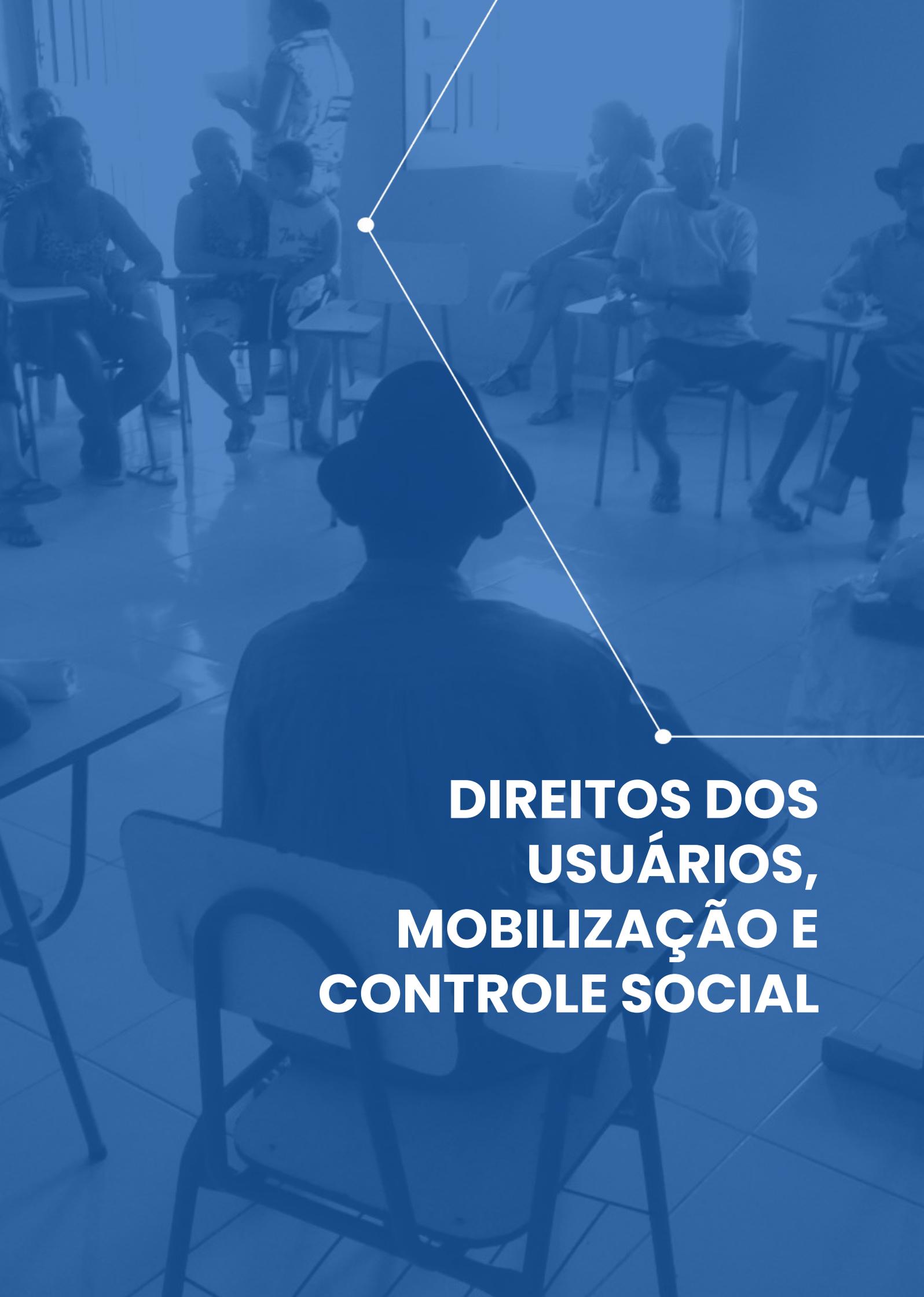
Quanta coisa você já viu até aqui, sendo umas novas e outras não tão novas assim, não é mesmo?

Mas temos de ter em mente que você, por definição educacional, está entrando em um novo círculo profissional: o do profissional de saúde de grau médio. Ou seja, você se tornará técnico com capacidade para ir além do que vinha sendo até então. Mas não se assuste! Você terá plena capacidade para enfrentar as novidades, sendo a mais relevante a que o remete ao processo de integração entre a AB e a VS. Para auxiliá-lo, a seguir, listamos algumas possibilidades práticas que você poderá, e deve, adotar daqui para frente neste caminho de integração. Mas não se esqueça de discutir isto na sua equipe de saúde. Pois, como vimos, ainda a pouco, **o trabalho deve ser democrático, harmônico, interdisciplinar, complementar e articulado.**

#FICA A DICA

O vínculo que você possui, associado à responsabilidade e à autonomia de trabalho, o leva ao comprometimento para com a melhoria da prestação de seu serviço junto à população à qual você está vinculado e pela qual é responsável.





**DIREITOS DOS
USUÁRIOS,
MOBILIZAÇÃO E
CONTROLE SOCIAL**



Agora, conheça alguns processos que podem contribuir para a integração VS e AB:

- Promover discussões sobre o processo de trabalho da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde.
- Promover oficinas de territorialização para gestores e profissionais de saúde. Não são só os ACSs e ACEs que devem conhecer o território de referência das equipes e da UBS.
- Utilizar a epidemiologia no cotidiano do trabalho. As informações produzidas através dos vários sistemas de informação em saúde devem ser descentralizadas para as equipes conhecerem e atuarem priorizando os problemas de saúde da população.
- A Vigilância em Saúde deve usar os territórios das UBS como base de análise de dados e produção de informações epidemiológicas.
- Deve haver desconstrução da lógica hierárquica da organização do trabalho, através da qual as equipes de vigilância demandam ações para as equipes da AB realizarem. As ações devem ser planejadas e pactuadas conjuntamente.
- As ações de vigilância em saúde para controle de agravos, tais como: surtos, epidemias, bloqueios de foco, entre outras, devem ser realizadas com conhecimento e participação das UBSs.
- As ações do ACS e ACE devem ser articuladas.
- As equipes da ABS devem ter horários reservados na sua agenda para as reuniões de equipe onde, eventualmente, quando houver pertinência, os trabalhadores da VS possam participar, de forma a colaborarem na discussão de informações relevantes para aquele território.
- Realizar ações intersetoriais para o enfrentamento de problemas complexos, que não poderão ser resolvidos somente pela tecnologia da saúde.
- Criação dos núcleos de saúde coletiva, que podem ser na UBS ou no distrito sanitário, onde trabalhadores da VS e AB discutem os problemas do território, planejam ações e pactuam atribuições para o enfrentamento e encaminhamento destes problemas. Esta participação deve ser facilitada pelo gestor, garantindo horário dos profissionais para esta finalidade.

- 
- As ações de educação permanente em saúde (EPS) devem contemplar trabalhadores das equipes de AB e VS. Estes processos podem aproximar as equipes e integrar o trabalho.
 - Os trabalhadores da VS devem participar da construção e implementação de protocolos e linhas de cuidado, dando a sua contribuição e se aproximando do núcleo da assistência.
 - Os profissionais da AB devem compreender que são parte do sistema de vigilância, uma vez que são os dados gerados por estas equipes através de notificações de casos que servem para alimentação dos sistemas de dados da VS.
 - Os profissionais da VS devem realizar retroalimentação de forma sistemática com periodicidade definida para as UBS, de modo a permitir a utilização das informações quando da tomada de decisão, definição de prioridades, alocação de recursos e avaliação dos programas desenvolvidos.
 - As informações geradas pelos sistemas de AB e VS devem ser instrumento de suporte ao controle social.
 - As UBS devem ter acesso periódico (conforme sazonalidade dos agravos) a boletins / informes epidemiológicos municipais/estaduais/federais, a fim de identificar e proceder a investigação de casos que ultrapassam as barreiras geográficas das UBS, de municípios ou estados, conforme as correntes migratórias ou características dos veículos de transmissão.
 - Vacinas e medicamentos para agravos sob notificação compulsória devem estar disponíveis em todas as unidades básicas de saúde de municípios endêmicos conforme agravos mais prevalentes identificados nos territórios das UBS.
 - Os profissionais da AB devem participar dos comitês de investigação de óbitos prioritários, como os óbitos maternos, infantis, precoces, os decorrentes de atividade laboral, entre outros.
 - Devem ser viabilizadas capacitações para os trabalhadores das UBS nas áreas técnicas da VS.
 - As coordenações das áreas devem decidir em conjunto os temas e atividades a serem desenvolvidas na educação permanente.
 - Devem ser identificados os serviços existentes no território sujeitos à regulação pela Vigilância Sanitária, não com a função de realizar ações regulatórias de licença e fiscalização, mas identificando estes serviços, principalmente, os de baixo risco e promovendo ações de educação em saúde, visando à melhora das práticas e diminuição dos riscos.



- A Vigilância Sanitária deve informar sobre atividades desenvolvidas nos territórios das UBS para que as mesmas possam considerar condicionantes de adoecimento provenientes de processos produtivos ou de serviços de saúde.
- A Vigilância em Saúde Ambiental deve atuar em conjunto com as UBS para que haja conhecimento à detecção ou prevenção dos determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana.
- A Vigilância em Saúde do Trabalhador deve colaborar para que as UBS sejam capazes de cuidar dos trabalhadores, considerando sua inserção no processo produtivo. Deve também ajudar as UBS para o reconhecimento e/ou a identificação de situações de risco para a saúde, originários nos processos produtivos e em situações de trabalho, possibilitando as ações de vigilância e a oferta de assistência adequada às necessidades de saúde dessa população. Estas ações demandam mudanças no processo de trabalho tanto da Atenção Básica como da Vigilância em Saúde, para romper com a prática fragmentada de atuação e criando uma lógica de integração de saberes e ações para a atenção integral.



RETROSPECTIVA



Nesta disciplina, você pôde refletir sobre o processo ao qual está sujeito por inspiração de uma nova legislação (PNAB/2017 e PNVS). Nela, buscamos conhecer as possibilidades, os impactos e as oportunidades que se abrem com esse novo rearranjo na AB.

Você, também, pôde compreender a importância, a necessidade e as formas de um trabalho cooperativo e complementar que apresenta melhores resultados para a população.

Entendeu que sua autonomia aumenta à medida que existe uma integração de ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida no território no qual você trabalha.

Além disso, pôde assimilar que o espaço estratégico para promoção de saúde, prevenção de riscos e agravos, para detecção precoce de problemas e o cuidado está nos locais nos quais o **agente de saúde** se encontra e onde pode definir a eficácia do serviço de saúde oferecido à população.

Busque informações sobre essa temática para recordar, refletir e se preparar previamente para ampliar seus conhecimentos em nossa próxima aula.

Participe das atividades propostas, exercite o seu protagonismo.

Até breve!



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília, DF: MS, 2016. (Adaptada por: Núcleo Pedagógico Mais Conasems). Disponível em: https://www.cosemsba.org.br/wp-content/uploads/2016/06/integracao_ab_e_vigilancia.pdf. Acesso em: 03 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: MS, 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf. Acesso em: 27 Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: MS, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 27 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Vigilância em Saúde**. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Reso588.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2022.

CARTÃOSUS2020. **Princípios doutrinários do SUS**. Disponível em: <https://www.cartaosus2020.com/principios-do-sus/>. Acesso em: 03 out. 2022.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (Brasil). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: CNDSS, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O que muda com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica?** Brasília, DF: Conass, 2017. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/o-que-muda-com-reformulacao-da-politica-nacional-de-atencao-basica> Acesso em: 27 Jul. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). **Infográfico explicativo sobre o SUS**. Belo Horizonte: Núcleo Pedagógico Mais Conasems, 2022a.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). **Programa Saúde da Família: Linha do Tempo**. Belo Horizonte: Núcleo Pedagógico Mais Conasems, 2022b.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). **Profissionais que atuam na equipe ESF**. Belo Horizonte: Núcleo Pedagógico Mais Conasems, 2022c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>. Acesso em: 03 out. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). **Reforma sanitária brasileira**. Brasília, DF: Conasems, [200?]. Disponível em: <https://portaldareformasaneitaria.org/services/reforma-sanitaria/>. Acesso em: 03 out. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). **Integração, vigilância e atenção básica é estratégia para diminuir arboviroses**. Brasília, DF: Conasems, 2017. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/integracao-entre-vigilancia-e-atencao-basica-e-estrategia-para-diminuir-arboviroses/>. Acesso em: 27 jul. 2022.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília, DF: Conass, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIMSAUDE.pdf>. Acesso em: 27 Jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Declaração Alma Data**. Brasília, DF, OPAS, (s.d.). Disponível em: <https://opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>. Acesso em: 03 out. 2022.

WELLCOME COLLECTION. Viscount (1945). Bertrand Edward Dawson. **Public Domain Mark**. Disponível em: <https://wellcomecollection.org/works/txvupqpe>. Acesso em: 03 out. 2022.



BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA E. R.; PRADO N. M. B. L. Política Nacional de Atenção Básica: principais eventos críticos internacionais e nacionais que conformaram a trajetória da política no Brasil. *In*: SANTOS, A. M. BISPO-JÚNIOR J. P.; PRADO, N. M. L. P. **Caminhos da pesquisa em saúde coletiva no interior do Brasil**. Salvador: Edufba, 2020. p. 245-269.

ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49559>. Acesso em: 27 Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3. ed. Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf. Acesso em: 27 Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Encontro Estadual para o Fortalecimento da Atenção Básica**. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: <https://docplayer.com.br/123291851-Encontro-estadual-para-fortalecimento-da-atencao-basica.html>. Acesso em: 27 Jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília, DF: MS, 2018. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/09/guia_pnab.pdf. Acesso em: 27 Jul. 2022

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 27 jul. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 27 jul. 2022.

BRASIL. **Lei nº 9.029, de 13 de abril de 1995**. Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1995. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9029.htm. Acesso em: 27 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, DF: MS, 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 27 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília, DF: Editora do MS, 2011. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_saude_brasil_3ed.pdf. Acesso em: 27 Jul. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil).

Diálogos no Cotidiano da Gestão Municipal do SUS. **Revista CONASEMS, nº 69**, 2017. Disponível em

https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/07/revista_conasems_edicao69_web-1.pdf Acesso em: 27 Jul. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). Caixa-único e política nacional de atenção básica. **Revista CONASEMS, nº 70**, 2017.

Disponível em:

https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/12/revista_conasems_edicao70_Tela.pdf Acesso em: 27 Jul. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil).

Vigilância em saúde nos municípios. Brasília, DF: Conasems, 2020. Disponível em:

<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Cadernode-Textos-Vigilancia-em-Saude-nos-municipios-1-3-1.pdf>. Acesso em: 27 Jul. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil).

Diálogos no Cotidiano da Gestão Municipal do SUS. **Revista CONASEMS**, n. 69, 2017. Disponível em

https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/07/revista_conasems_edicao69_web-1.pdf. Acesso em: 27 jul. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). Caixa-único e política nacional de atenção básica. **Revista CONASEMS**, n. 70, 2017.

Disponível em:

https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/12/revista_conasems_edicao70_Tela.pdf. Acesso em: 27 Jul. 2022.

FLEURY, S., OUVENEY, A.M. Política de saúde: uma política social. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 25-57.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 493-545.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 66, p. 158-164, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/ij/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 Jul. 2022

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>. Acesso em: 27 jul 2022.

TEIXEIRA, C. F.; VILAS BÔAS, A. L. Q. Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação. *In*: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 287-301.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA (UFBA). **Site do Observatório de Análise Política em Saúde. Matriz de acompanhamento**. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/matriz/> Acesso em: 27 Jul. 2022.

MATERIAL COMPLEMENTAR

Modelos de Atenção à Saúde no Brasil

Aulas 14 e 15 do curso Ser Gestor SUS – ABS

Aula 21 do curso Ser Gestor SUS – VS

SOUZA, P.A. Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde.

Trabalho apresentado no Encontro Estadual para Fortalecimento da Atenção Básica, 2018. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/apresentacoes/8966_sc/pricila_eefap_sc_integracao_aps_vs.pdf. Acesso em: 27 Jul. 2022.

Conte-nos o que você pensa sobre esta publicação. [Clique aqui](#) e responda à pesquisa.

DISQUE SAÚDE **136**

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

