

A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental

Legislation on primary care in Brazilian Unified National Health System: document analysis

Leyes de atención primaria del Sistema Único de Salud: un análisis documental

Carolina Milena Domingos ¹
Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes ¹
Brígida Gimenez Carvalho ¹
Fernanda de Freitas Mendonça ¹

Resumo

A reflexão sobre as normas jurídicas voltadas para a atenção básica colabora na compreensão de como está sendo conduzida a política de saúde no Brasil. Assim, este artigo tem como objetivo analisar as normas jurídicas fortalecedoras da atenção básica. Este estudo utilizou a análise documental referente às ações, programas e estratégias de fortalecimento da atenção primária priorizados pelo Ministério da Saúde. Foram encontradas um total de 224 normas referentes a dois grupos de documentos denominados: normas instituidoras e normas complementares. As instituidoras, além de trazerem os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), também significaram, principalmente, a ampliação de ações. O tema financiamento ocupou um lugar central no quantitativo de normas, especialmente em relação às complementares. Por fim, esta análise leva à reflexão sobre o quanto essas estratégias podem induzir a articulação de gestores e sociedade civil na construção de um projeto político que resulte em melhorias e atenda às necessidades de saúde da população.

Normas Jurídicas; Poder Executivo; Política de Saúde

¹ Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Brasil.

Correspondência

C. M. Domingos
Rua Amador Bueno 321,
apto. 304, Londrina, PR
86010-620, Brasil.
carolinamdomingos@gmail.com

Introdução

Na década de 1990 e, principalmente, a partir de 2000, houve uma intensificação de estudos sobre questões legislativas com ênfase no que foi estabelecido na *Constituição Federal* brasileira de 1988, destacando a expressiva interferência do poder executivo federal na produção legal ¹.

Com relação ao setor saúde, são escassos os trabalhos que debatem a produção legislativa reguladora da política nacional ^{1,2,3}, e ainda mais raros os que direcionam esta questão sob a perspectiva da atenção básica ^{4,5}. Uma pesquisa que analisou a produção legislativa em saúde no período de 1990 a 2002, demonstrou característica indutora e concentradora do Poder Executivo Federal (Ministério da Saúde) na relação com as demais esferas de governo e na relação estabelecida com o Poder Legislativo (Congresso Nacional) ⁶.

O Ministério da Saúde tem sido responsável por uma quantidade expressiva de portarias (número superior a mil por ano), a partir do final da década de 1990, que induzem à adoção de políticas públicas, refletindo o modo de atuação do Estado brasileiro, característica também de outros setores ^{7,8}. Embora o Ministério da Saúde tenha poder decisório sobre as políticas de saúde, há crescente e inquestionável responsabilização dos municípios pela gestão, organização da oferta e qualidade dos serviços de saúde ⁹.

O radical processo de descentralização para o ente municipal, ocorrido no sistema de saúde brasileiro, diverge do praticado em países que também optaram por sistemas de saúde universais, como França, Inglaterra e Canadá. Nesses sistemas de saúde, a gestão é centralizada (no caso da França) ou descentralizada para o nível regional, províncias ou distritos, como é o caso do Canadá e da Inglaterra, respectivamente ¹⁰. Entretanto, a autonomia da gestão, no caso brasileiro, continua sendo um objeto de disputa entre os entes federados.

No debate setorial, nas últimas décadas, encontra-se uma série de medidas governamentais orientadas para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltando a atenção básica como ponto primordial para o enfrentamento do modelo de assistência no país, marcado pela concepção hospitalocêntrica, individualizante e de baixa resolutividade ¹¹. A *Portaria nº 2.488/2011* ¹², que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelece a revisão das diretrizes para a reorganização da atenção primária e ressalta a atenção básica como ordenadora das Redes de Atenção em Saúde.

Diante desse cenário, diversas políticas de saúde têm sido priorizadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), constituindo ações,

programas e estratégias do Ministério da Saúde para o fortalecimento da atenção básica, instituídos por meio de normas jurídicas. O DAB integra a Secretaria de Atenção à Saúde e tem como funções: estabelecimento de diretrizes nacionais facilitadoras do processo de gestão; formação e educação permanente de gestores e profissionais de saúde; cooperação técnica com estados e municípios para a organização e a qualificação da atenção básica; e normatização e coordenação de ações e programas considerados estratégicos para o fortalecimento da atenção básica e que compõem o Saúde Mais Perto de Você, um conjunto de iniciativas do departamento para a prestação de cuidado à população (Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/>, acessado em 12/Abr/2014).

O arcabouço legal brasileiro é composto por normas jurídicas distribuídas em normas constitucionais, infraconstitucionais e infralegais. As normas infraconstitucionais devem respeitar as constitucionais e não podem prever nada além do que dita o texto constitucional. Estão nesse grupo leis, resoluções, tratados, entre outros. Já as normas infralegais, inferiores às infraconstitucionais, surgem da normatização interna da administração pública e buscam a execução da lei, detalhando-a. Fazem parte desse grupo os decretos, as portarias e as instruções normativas e operacionais ¹³.

A análise da produção legislativa sobre as prioridades do Ministério da Saúde para o incremento da atenção básica contribui para a compreensão da condução da política de saúde na área, uma vez que a legislação faz parte das ações desenvolvidas pela gestão do sistema de saúde, nas três esferas de governo. Diante disso, surgiram os seguintes questionamentos: “Quais são as políticas prioritárias para o fortalecimento da atenção básica segundo a agenda federal?”, “Qual é o arcabouço legal dessas políticas?”, “O que esses documentos normatizam?”. Desse modo, este artigo tem como objetivo analisar as normas jurídicas das políticas fortalecedoras da atenção básica no SUS.

Bases metodológicas

Estudo descritivo, de análise documental, que consiste em método de recolha e análise de dados, composto por duas fases: na primeira, ocorre a localização da fonte e a seleção dos documentos; na segunda, o tratamento das informações recolhidas e sua análise ¹⁴.

Decidiu-se por analisar as normas jurídicas referentes às ações, aos programas e estratégias

de fortalecimento da atenção primária priorizada pelo Ministério da Saúde. Para a identificação dos documentos, foi utilizado o portal virtual de acesso aberto do DAB, por sua relevância na explicitação das prioridades do Ministério da Saúde para a atenção básica e pelo potencial de abrangência na divulgação de deliberações para os gestores, profissionais de saúde e para a sociedade. Fizeram parte do estudo os documentos disponibilizados pelo DAB no período de março a maio de 2014 (<http://dab.saude.gov.br/portal/dab/>, acessado em 12/Abr/2014), na seção de ações, programas e estratégias.

Após coleta dos documentos, a interpretação dos mesmos foi feita considerando-se os princípios e diretrizes da PNAB¹² e os seguintes termos: financiamento, infraestrutura, ampliação das ações, avaliação e monitoramento, e capacitação do trabalhador de saúde. Esses termos foram definidos considerando-se as fases (estágios) de formulação de uma política proposta por Howlet & Ramesh, em 1995¹⁵.

Esses autores sistematizaram o ciclo da política em cinco estágios. No primeiro, ocorre a montagem da agenda (fase de reconhecimento do problema com relevância pública); no segundo, a formulação da política (definição de propostas de solução para o problema); no terceiro, a tomada de decisão (escolha de uma solução ou de uma combinação de soluções para o problema) – o segundo e o terceiro estágios podem significar a ampliação de ações, por definirem os princípios e as diretrizes para o desenvolvimento de ações e explicitarem a escolha política de uma autoridade central.

No quarto estágio, é desenvolvida a implementação da política (momento de pôr uma solução em andamento) – o financiamento e a infraestrutura têm importante destaque nesta fase, pois fazem parte de sistemas logísticos e operacionais para colocar determinada solução em prática. Ressalta-se, também, a capacitação do trabalhador de saúde, pois os envolvidos na implementação devem estar de acordo, conhecer e compreender a política traçada. Contudo, considera-se que a capacitação do profissional de saúde deve perpassar todos os estágios do ciclo. Já o quinto estágio corresponde à avaliação (monitoramento de resultados), que consiste em julgar uma intervenção por meio de comparação dos recursos empregados, serviços produzidos e resultados obtidos, com critérios e normas¹⁵.

Posteriormente, as informações foram condensadas segundo a frequência de temas em categorias de análise, utilizando-se o programa Epi Info, versão 3.5.3 para Windows (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos).

Resultados e discussão

Normas jurídicas fortalecedoras da atenção básica: características gerais

Foram encontradas 224 normas jurídicas relacionadas a ações, programas e estratégias que objetivam induzir mudanças na atenção básica. Os documentos referem-se a 22 políticas de saúde: Academia da Saúde; Consultório na Rua; Doenças Crônicas; Estratégia Saúde da Família (ESF); E-SUS; Melhor em Casa; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); Práticas Integrativas e Complementares (PIC); Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF); Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (RUBS); Rede Cegonha; Programa Saúde na Escola (PSE); Telessaúde; Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF); Amamenta e Alimenta Brasil (AAB); Bolsa Família; Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais (PCAN); Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável (PSAAS); Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA); Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN); e Brasil Sorridente. Fizeram parte do estudo as normas jurídicas de saúde bucal referentes à atenção básica.

As normas foram publicadas predominantemente por meio de portarias (91,5%), resoluções, leis, decretos e instrução normativa e operacional. As políticas de saúde Melhor em Casa (23,2%) e Brasil Sorridente (11,6%) apresentaram o maior quantitativo de documentos (Tabela 1).

Da análise dos documentos emergiram duas categorias: normas jurídicas instituidoras e normas jurídicas complementares ao instituído, para as políticas de saúde na atenção básica. A primeira refere-se a documentos que apresentam características direcionadoras aos princípios, diretrizes, objetivos e organização das ações, programas e estratégias. A segunda corresponde a documentos que trazem maior detalhamento das políticas instituídas pelas normas contempladas na primeira categoria. Para efeitos didáticos da apresentação dos resultados, denominaram-se “normas instituidoras” os documentos que estão inseridos na primeira categoria, e “normas complementares” os referentes à segunda.

Verificou-se que as normas jurídicas tiveram expressivo aumento a partir de 2011, tendo sido encontrados 163 documentos (72,7%). Houve predominância de documentos complementares ao longo dos anos, pois, das 163 normas publicadas, 137 (84,4%) eram complementares (Figura 1).

Tabela 1

Distribuição das normas jurídicas segundo as políticas de saúde de fortalecimento da atenção básica priorizadas pelo Ministério da Saúde, Brasil, 2014.

Ações, programas e estratégias	Normas jurídicas						
	Lei	Decreto	Resolução	Instrução normativa	Instrução operacional	Portaria	Total
Academia da Saúde	-	-	-	-	-	1	1
Consultório na Rua	-	-	-	-	-	3	3
Doenças Crônicas	2	-	-	-	-	9	11
ESF	-	-	-	-	-	1	1
E-SUS	-	-	-	-	-	4	4
Melhor em Casa	-	-	1	-	-	52	53
NASF	-	-	-	-	-	4	4
PMAQ	-	-	-	-	-	10	10
PIC	-	1	7	2	-	13	23
PROESF	-	-	-	-	-	2	2
RUBS	-	-	-	-	-	12	12
Rede Cegonha	-	-	-	-	-	11	11
PSE	-	1	-	-	-	22	23
Telessaúde	-	-	-	-	-	7	7
UBSF	-	-	-	-	-	3	3
AAB	-	-	-	-	-	5	5
Bolsa Família	1	-	-	-	1	1	3
PCAN	1	-	1	-	-	5	7
PSAAS	1	-	-	-	-	2	3
PNSAA	-	-	-	-	-	1	1
VAN	-	-	-	-	-	11	11
Brasil Sorridente	-	-	-	-	-	26	26
Total	5	2	9	2	1	205	224

AAB: Amamenta e Alimenta Brasil; ESF: Estratégia Saúde da Família; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PCAN: Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais; PIC: Práticas Integrativas e Complementares; PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; PNSVA: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A; PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família; PSAAS: Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável; PSE: Programa Saúde na Escola; RUBS: Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde; UBSF: Unidades Básicas de Saúde Fluviais; VAN: Vigilância Alimentar e Nutricional.

Fonte: Elaborada com base nas informações disponíveis na página de Internet oficial do Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, obtidas entre março e maio de 2014 (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>, acessado em 12/Abr/2014).

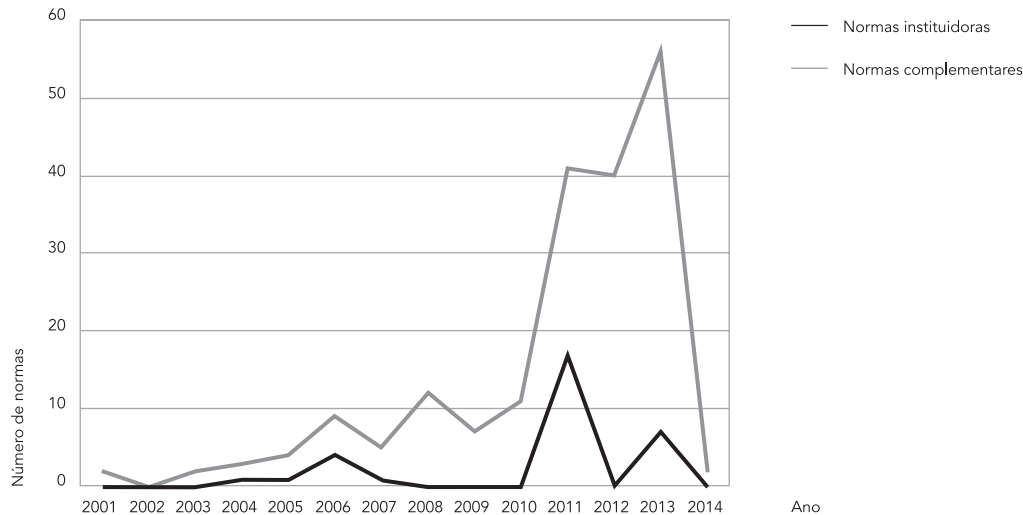
Esse resultado pode estar relacionado aos investimentos para a implementação do SUS desde a sua criação, sobretudo com a republicação da PNAB (*Portaria nº 2.488*)¹², e do *Decreto nº 7.508*¹⁶, ambos em 2011. A primeira manteve a essência de sua publicação anterior, em 2006, mas apresentou mudanças: incorporou o NASF, as equipes de saúde da família ribeirinhas e as unidades de saúde fluviais, além de regulamentar os Consultórios na Rua e, no âmbito da atenção básica, o PSE, entre outros. A PNAB de 2011 também ressaltou a Educação Permanente em Saúde como instrumento de formação do trabalhador de saúde, e reconheceu a atenção básica como ordenadora e coordenadora da rede de atenção à saúde¹⁷.

O *Decreto nº 7.508* regulamentou a *Lei nº 8.080/1990* e dispôs sobre: organização do SUS, planejamento da saúde, assistência à saúde e articulação interfederativa, entre outros aspectos, colocando a rede de saúde como ponto estratégico para a melhoria da qualidade da assistência. É inegável que tal decreto trouxe impactos relevantes no tocante às normativas referentes à atenção básica, uma vez que esta é assumida como elemento central para o alcance dos princípios e das diretrizes do sistema¹⁶.

Além dessas publicações, outras normativas podem ser destacadas: *Portaria GM nº 648*, de 2006, que aprovou a PNAB; *Portaria nº 154*, de 2008, que criou os NASF; *Portaria nº 4.279*, de 2010, que estabeleceu diretrizes para a organi-

Figura 1

Gráfico de distribuição das normas jurídicas instituidoras e das normas complementares segundo o ano de publicação. Brasil, período de 2001 a 2014.



zação da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS; e a *Lei Complementar nº 141*, de 2012, que regulamentou a *Emenda Constitucional nº 29*, de 2000.

Apesar de sua relevância, o grande quantitativo de normas não significa a execução de todas as ações previstas. Em 2014, o SUS completou 26 anos e, de fato, tem sido uma das maiores políticas públicas brasileiras de inclusão social, pois estabeleceu o acesso universal e igualitário aos brasileiros e proporcionou melhoria nos indicadores básicos de saúde da população. Mas a construção do SUS tem muitos problemas, sendo sua implementação lenta e, por vezes, apresentando retrocessos¹⁸.

A estruturação da rede de atenção básica vem sendo pontuada como desafio para a maioria dos municípios, que tem a tarefa de coordenar seu incremento, cumprindo com os princípios da integralidade, muitas vezes com fragilidades no corpo técnico-burocrático, dependência financeira frente ao governo federal, persistência de arranjos políticos clientelistas, descontinuidade administrativa e dificuldade de contratação e fixação de profissionais qualificados nos pequenos municípios¹⁹.

Os gestores estaduais e municipais do Conselho Nacional de Saúde ressaltaram a dificuldade de permanecerem informados com o expressivo número de normas instituídas em curtos interva-

los de tempo. Isso fragiliza o acompanhamento de mudanças importantes, que ficam sem a participação dos atores envolvidos, como a participação social, impedindo a compreensão precisa do direcionamento da política nacional de saúde²⁰.

O acentuado processo de descentralização da gestão do SUS para o ente municipal pode favorecer o respeito aos valores democráticos em situações de elevada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa ou social. Por outro lado, a implementação de políticas sociais de abrangência nacional, em casos de marcantes desigualdades e exclusão social, como ocorre no Brasil, é complexa²¹. Além disso, a implementação de políticas sociais, especialmente a da saúde, em um sistema federativo, requer a explicitação das funções das diferentes esferas de governo e a adoção de cooperação e articulação entre os entes federados para que se alcance a garantia de acesso e atenção integral a toda população. Esse processo de articulação e cooperação deve fazer parte de um projeto político para a saúde do país, envolvendo gestores federais, estaduais, municipais e a sociedade civil, e não estratégias de curto prazo, de cada gestão de governo³.

No Brasil, o ente federal, representado pelo Ministério da Saúde, tenta promover a uniformização da organização da atenção em todo o território nacional por meio de normativas das políticas de saúde. Apesar de ser necessária a

regulamentação dessas ações e programas, nem sempre a prescrição uniforme favorece a implantação de tais políticas em realidades tão díspares, pois contextos e processos locais específicos influenciam o resultado de uma determinada intervenção^{9,19}.

Essa situação ajuda a explicar o porquê do grande quantitativo de publicações de normas complementares. Cabe destacar que as normas instituidoras prescrevem vários aspectos sobre cada estratégia, ação ou programa. No entanto, há uma complexidade e diversidade de fatores locais que influenciam sua implementação, por exemplo: múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta destas necessidades; qualificação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; entre outros²¹.

Outra questão é que o grande quantitativo de portarias remete à reflexão sobre o exercício de controle e indução do Ministério da Saúde. As portarias que deveriam definir instruções para operacionalizar as políticas e efetivar o que foi estabelecido pelas leis, decretos e regulamentos constituem instrumento de poder do executivo (Ministério da Saúde), que muitas vezes as utiliza para instituir novas normas e pactos não previstos na lei, fato que tem sido criticado por gestores estaduais e municipais⁶.

Com relação à natureza dos documentos, os relacionados às Doenças Crônicas (21,4%) foram os que apresentaram a maior quantidade de normas instituidoras (Tabela 2). Essas, foram publicadas em 2013, sendo que a primeira publicação trata da instituição da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS. As demais normas instituidoras referem-se à organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e da obesidade como linha prioritária da rede de atenção a este grupo, atualizam diretrizes de cuidado para as pessoas tabagistas, dispõem sobre a aplicação do primeiro tratamento à pessoa com neoplasia maligna e instituem a política nacional para a prevenção e o controle do câncer na rede de atenção à saúde.

No que se refere às normas complementares, o Melhor em Casa (25,9%) apresentou predominância numérica de documentos (Tabela 2). Em 2011, a *Portaria nº 2.527* redefiniu a Atenção Domiciliar no SUS, estabelecendo normas para cadastro dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), habilitação dos estabelecimentos de saúde onde estarão alocados e valores do incentivo para o seu funcionamento. A partir dessa portaria, em 2012 e 2013, dispara-se grande quantitativo de publicações complementares com a finalidade

de descrever a relação de estabelecimentos de saúde contemplados com o SAD, e os que estão habilitados ou desabilitados para o recebimento de incentivos para o seu funcionamento.

Outra estratégia que merece destaque pelo quantitativo de documentos, na maioria complementares, é o Brasil Sorridente. Essa política tem como finalidade ampliar e qualificar a atenção em saúde bucal em todos os níveis, preconizando a expansão das equipes de saúde bucal, juntamente com a estratégia saúde da família, que iniciou em 2001. Em 2002, um movimento de profissionais de odontologia conseguiu colocar a saúde bucal na agenda de prioridades, propondo ampliação dessa política. De 2002 a 2008, o número de equipes de saúde bucal implantadas saltou de 4.261 para 17.349².

A seguir, a análise e a discussão dos documentos são apresentadas de acordo com as categorias de análise identificadas.

Normas jurídicas instituidoras das políticas de saúde na atenção básica

Do total dos 224 documentos identificados, 28 (12,5%) faziam referência às normas que instituem, estabelecem, dispõem, atualizam ou redefinem objetivos, princípios e diretrizes sobre as políticas de saúde encontradas. Esses documentos se apresentavam, predominantemente, por meio de portarias que instituem as ações, os programas e as estratégias voltadas para a atenção básica.

Tais normas estão em consonância com a PNAB instituída pela *Portaria nº 2.488/2011*¹². Entre os documentos, 16 (57,1%) apontavam os seguintes princípios e diretrizes: universalidade, integralidade, participação popular, equidade, acesso, coordenação e responsabilidade da atenção básica pelo cuidado, continuidade do cuidado, ter os usuários e o território adscritos e vínculo. O acesso e a integralidade apareceram em todos os documentos dessa categoria.

Quando se fala em acesso aos serviços de saúde, deve-se considerar a complexidade deste conceito, muitas vezes empregado de forma imprecisa na sua relação com o cotidiano do trabalho em saúde²². Para categorizar o acesso e analisar as condições de acessibilidade, Giovanella & Fleury²³ abordam o termo sobre as dimensões política, econômica, técnica e simbólica, dada a sua multifatorialidade, as quais têm como objetivo ofertar atenção responsável, integral, resolutive, equânime e de qualidade. Uma etapa importante é a previsão desse conceito nos documentos que instituem estratégias potencializadoras de avanços do cuidado na atenção básica, no entanto, a legalidade de uma proposta

Tabela 2

Distribuição das normas jurídicas instituidoras e das normas complementares segundo as políticas de fortalecimento da atenção básica. Brasil, 2014.

Ações, programas e estratégias	Normas jurídicas				Total n
	Instituidoras		Complementares		
	n	%	n	%	
Academia da Saúde	1	3,2	-	-	1
Consultório na Rua	2	6,5	1	0,5	3
Doenças crônicas	6	19,4	5	2,6	11
ESF	1	3,2	-	-	1
E-SUS	1	3,2	3	1,5	4
Melhor em casa	2	6,5	51	26,3	53
NASF	1	3,2	3	1,5	4
PMAQ	1	3,2	9	4,6	10
PIC	2	6,5	21	10,8	23
PROESF	-	-	2	1,0	2
RUBS	1	3,2	11	5,7	12
Rede Cegonha	2	6,5	9	4,6	11
PSE	1	3,2	22	11,3	23
Telessaúde	1	3,2	5	2,6	6
UBSF	-	-	3	1,5	3
AAB	3	9,7	2	1,0	5
Bolsa Família	1	3,2	2	1,5	3
PCAN	-	-	8	4,1	8
PSAAS	1	3,2	2	1,0	3
PNSVA	1	3,2	1	0,5	1
VAN	1	3,2	10	5,0	11
Brasil Sorridente	2	6,5	24	12,4	26
Total	28	100,0	196	100,0	224

AAB: Amamenta e Alimenta Brasil; ESF: Estratégia Saúde da Família; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PCAN: Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais; PIC: Práticas Integrativas e Complementares; PMAQ: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; PNSVA: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A; PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família; PSAAS: Promoção da Saúde e da Alimentação Adequada e Saudável; PSE: Programa Saúde na Escola; RUBS: Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde; UBSF: Unidades Básicas de Saúde Fluviais; VAN: Vigilância Alimentar e Nutricional.

Fonte: Elaborada com base nas informações disponíveis na página de Internet oficial do Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, obtidas entre março e maio de 2014 (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>, acessado em 12/Abr/2014).

não assegura a sua implementação, pois não se cria o acesso por lei²².

Chama atenção a relação do acesso com as condições de vida da população, que vai além da dimensão geográfica. Engloba, também, os aspectos econômico e cultural, envolvendo normas adequadas aos hábitos da população e à funcionalidade da oferta de serviços de acordo com as necessidades da mesma. As múltiplas dimensões de análise do acesso devem nortear a construção de políticas públicas. Teriam de ser alicerçadas no princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalização da

atenção, regionalização, hierarquização e participação popular²⁴.

É válido ressaltar que várias das políticas instituidoras foram direcionadas para populações específicas, como as relacionadas às doenças crônicas já descritas. Tal direcionalidade pode gerar controversas, pois a proposição de políticas de saúde para grupos pode ser considerada contrária à universalidade defendida na Carta Magna. O acesso à atenção básica não deve se utilizar de método ou processo que eleja populações prioritárias, visto que, no sistema, esta área é considerada porta de entrada prioritária²⁵.

Por outro lado, esse direcionamento pode contribuir para o princípio da equidade no SUS, pois o campo da saúde é permeado por diferentes necessidades, em que cada população possui características específicas. Para contemplar essa diversidade, a distribuição dos serviços de saúde deve ser desigual para grupos sociais desiguais, como forma de diminuir a desigualdade de acesso a bens, serviços ou oportunidades, sendo imprescindível a proposição de políticas equitativas neste processo ²⁶.

O acesso, bem como os demais princípios e diretrizes que apareceram nas normas jurídicas, fazem parte do arcabouço necessário para o alcance da integralidade. Todas as instituidoras dão ênfase a esse conceito. Porém, prever integralidade não significa sua concretização no dia a dia do serviço de saúde. A integralidade consiste em um termo que abrange muitos outros, apesar de sua definição legal colocá-la como a integração de ações curativas, preventivas, individuais e coletivas nos diversos níveis de complexidade ²⁷. A integralidade é o princípio que expressa a finalidade do SUS, é o eixo potencialmente norteador deste sistema ²⁸.

O princípio menos citado nos documentos foi a participação popular, presente na redação de 17 (60,7%) documentos instituidores. Tal resultado contradiz a evolução obtida, quando, após longo período sob o Estado ditatorial, o SUS foi a primeira política pública no Brasil a propor a adoção constitucional da participação popular como um de seus princípios.

Espera-se que a participação da comunidade aconteça por meio do incentivo e da garantia de sua atuação no planejamento, na execução e na avaliação das ações de saúde ²⁹. Ressalta-se que esse princípio também se manifesta na formulação das políticas, orientando a administração pública no sentido de atender aos legítimos interesses públicos ³⁰.

Apesar da importância da presença do princípio referente à participação popular nas normas jurídicas que norteiam as ações, os programas e as estratégias, considera-se que a participação não se realiza por si mesma. Antes, depende de ações complementares e complexas que envolvem, entre outras: a erradicação do analfabetismo; a inclusão de conceitos básicos de democracia, cidadania, sistema eleitoral e qualidade democrática nos próprios currículos escolares; a formação de lideranças de jovens e mulheres, e incentivo ao rodízio de lideranças nas organizações civis e nos conselhos; a participação e a ampliação da capacidade de acompanhamento de desempenho das políticas públicas pelos atores sociais ³¹.

A complexidade da operacionalização das políticas de saúde, a exemplo do que foi apresentado acerca da concretização da participação popular, demanda a discussão sobre a intersectorialidade, o que constitui uma perspectiva relevante, pois, ao integrar diversos saberes e práticas dos vários setores além da saúde, considera o cidadão na sua totalidade. Isso se faz pela articulação das políticas sociais para resolver os problemas de saúde que afetam a população. A intersectorialidade leva a uma nova forma de realizar a atenção em saúde para garantir a igualdade do acesso aos desiguais, e necessita de mudança na cultura das organizações gestoras das políticas sociais ³².

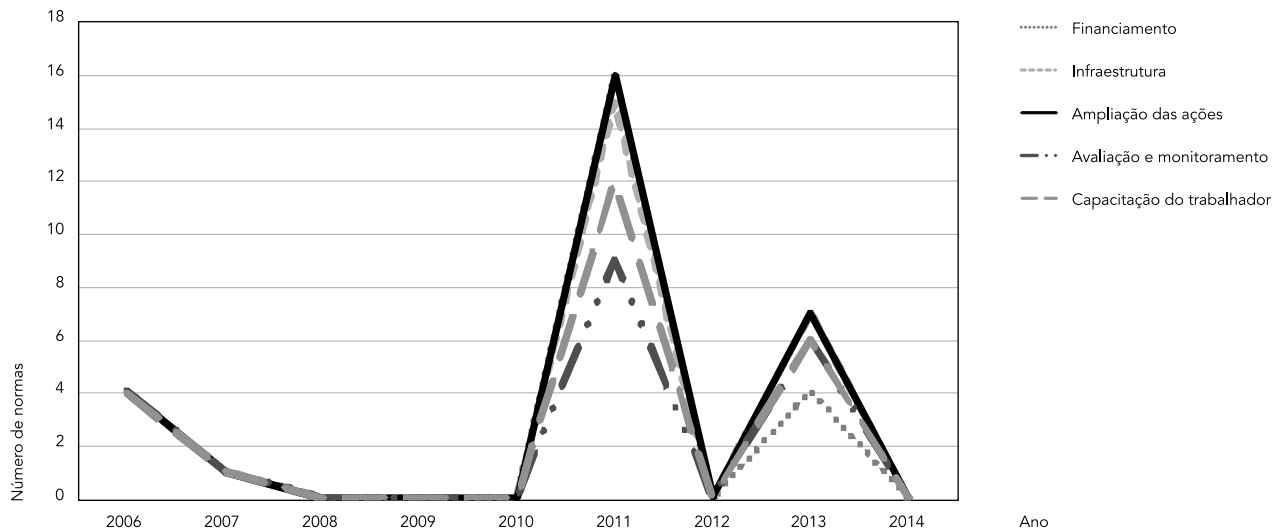
No tocante aos temas selecionados, todas as normas significaram ampliação de ações direcionadas para o fortalecimento da atenção básica, sendo a maioria publicada em 2011 (Figura 2). O resultado decorre da característica implícita nessas normas de instituir ações, programas e estratégias na perspectiva da PNAB. No entanto, ressalta-se, mais uma vez, que apesar de contribuir para o aumento do escopo de ações voltadas para a atenção básica, as normas não significam, necessariamente, sua implementação na prática dos serviços.

Os aspectos relacionados à infraestrutura (96,4%), financiamento (89,2%) e avaliação e monitoramento das ações (71,4%) estavam presentes em expressiva maioria dos documentos, ressaltando a preponderância do quarto e do quinto estágios do ciclo da política. Tratar da implementação de uma política implica desvelar os caminhos entre a formulação das diretrizes e sua operacionalização nos serviços de saúde, em que o financiamento e a infraestrutura têm importante destaque ³³. Esse processo ocorre mediante a negociação entre os entes federativos, sendo os municípios os protagonistas da execução das políticas. No entanto, o papel indutor do Governo Federal condiciona o recebimento de recursos financeiros à adesão a determinadas políticas, o que contribui para a limitação da autonomia dos municípios na execução do planejamento das ações, dos programas e das estratégias ³⁴.

A institucionalização de uma política deve ser acompanhada por contínuo monitoramento e avaliação das ações, com retificações de processo, sendo as constantes reformulações inevitáveis, desejadas e necessárias para que se mantenha a direcionalidade coerente com o conjunto de princípios ¹⁵. O dinamismo desse processo amplia a possibilidade de gerar um aprendizado que sirva à formulação de outras políticas com características semelhantes ³⁵.

Figura 2

Gráfico de distribuição das normas jurídicas instituidoras segundo financiamento, infraestrutura, ampliação das ações, avaliação e monitoramento, e capacitação do trabalhador de saúde. Brasil, período de 2006 a 2014.



Outro tema presente na quarta fase do ciclo político é a capacitação do trabalhador de saúde, presente na maioria (82,1%) das normas instituidoras. Essa fase envolve questões estratégicas e vários sujeitos, pois, no momento de implementação, descobre-se a real potencialidade de uma política, os atores que a apoiam, o que cada grupo disputa e seus interesses. Muitas vezes, atores que não participaram da fase de formulação são aqueles responsáveis pela prestação direta de serviços e os principais agentes de transformação de uma política¹⁵. Todos os trabalhadores devem estar envolvidos e preparados para que haja sucesso na execução de uma política.

A capacitação do profissional de saúde tem sido percebida como um dos entraves para o aprimoramento do modelo de atenção à saúde^{36,37}. Tal tema requer que se invista na inserção da educação permanente na prática dos serviços de saúde de acordo com os preceitos do SUS, para que ocorram transformações no processo de trabalho das equipes e que sejam significativas para o cotidiano do trabalhador¹².

Normas jurídicas complementares das políticas de saúde na atenção básica

Do total de 196 documentos complementares, a maioria (82,1%) não apresentou referência aos

princípios e diretrizes do SUS, citados na categoria anterior. Das normas em que eles aparecem, os princípios integralidade (12,2%) e acessibilidade (12,7%) são os que estão mais em evidência. O vínculo não apareceu nos documentos.

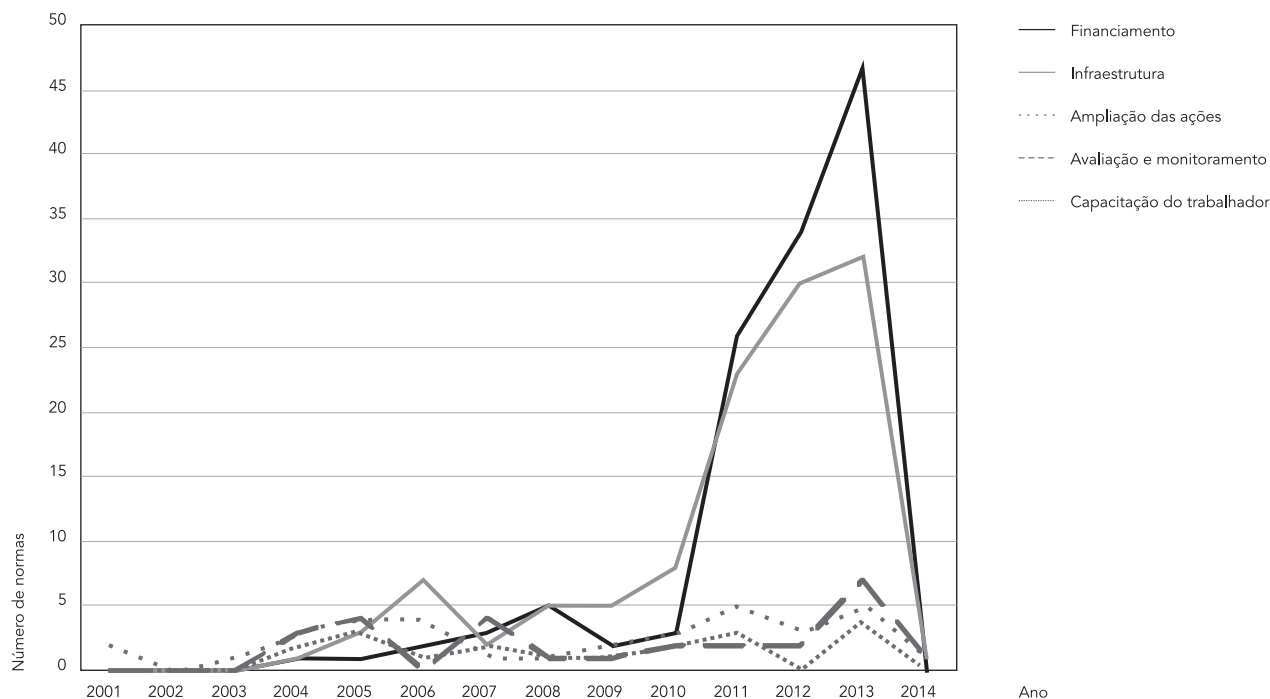
Foi significativo o predomínio de documentos que sinalizavam o financiamento (63,2%) e a infraestrutura (59,6%), principalmente após o ano de 2011, conforme mostra a Figura 3. Desses, 26,5% eram normas que tratavam somente de financiamento e 14,2% somente de infraestrutura e, ainda, 28,5% das normas faziam referência ao financiamento e à infraestrutura conjuntamente.

Nos últimos anos, a maioria dos documentos sobre financiamento, proveniente da esfera federal, atrela incentivos de financiamento à adoção de determinadas políticas e práticas pelos gestores estaduais e municipais. Assim, essas portarias se destacam no cenário nacional devido à sua capacidade de indução e de, muitas vezes, irem além das discussões das normas instituidoras, quando definem novos critérios, novas prioridades, onde alocar recursos e como fazê-lo¹³. Esse cenário constitui um impasse para os gestores, que passam a reivindicar o cumprimento do que foi previsto na formulação de normas instituidoras¹³.

Verifica-se a dificuldade que o gestor federal apresenta em construir outros modos de exercer

Figura 3

Gráfico de distribuição das normas jurídicas complementares segundo financiamento, infraestrutura, ampliação das ações, avaliação e monitoramento, e capacitação do trabalhador de saúde. Brasil, período de 2001 a 2014.



o seu papel, que não sejam pelo financiamento como forma indutora e concentradora de poder, pois, por muito tempo, foi influenciado pelo modelo de gerência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) ou do Ministério da Saúde pré-SUS. Assim, sempre prestou mais serviços do que exerceu a atividade de gerência, o que leva a acreditar que seu papel ainda esteja se moldando e necessite de amplas discussões¹³.

A infraestrutura, em menor proporção, também assume característica de condição para inserir determinada política no serviço. Ressalta-se que dispor sobre financiamento e infraestrutura nos documentos legais é importante e necessário para a consolidação do sistema, entretanto, como exposto anteriormente, a forma como isto acontece deve ser revista e mais discutida com todos os atores envolvidos neste processo.

A política que se destacou quanto ao quantitativo de normas sobre financiamento (40,2%) e infraestrutura (35,8%) foi o programa Melhor em Casa. Apesar de ter um grande quantitativo de publicações complementares, a maioria tinha a

finalidade de habilitar ou desabilitar municípios e/ou serviços de saúde para o recebimento de incentivos para o seu funcionamento, e o investimento em discussões que trouxessem para cena os princípios e diretrizes do SUS foi menor. Tal fato fragiliza a construção de uma política de saúde com bases mais sólidas, capaz de se concretizar como um projeto político para a saúde do país.

Considerações finais

A análise das 224 normas referentes aos 22 programas, ações e estratégias priorizadas pelo Ministério da Saúde permitiu identificar dois grupos: o primeiro, composto por documentos que apresentam características relacionadas aos princípios, diretrizes, objetivos e organização das ações, dos programas e estratégias; e um segundo formado por normas que explicitam com maior detalhamento as políticas já instituídas pelos documentos contemplados na primeira categoria.

As instituidoras, além de trazerem os princípios e diretrizes da PNAB, significaram, prin-

principalmente, a ampliação de ações. No entanto, apesar de essas características serem fundamentais para a implementação do SUS, os temas e princípios que aparecem nessas normas são complexos e multifatoriais.

A necessidade do grande quantitativo de publicações de normas complementares pode ser indicativa da complexidade que influencia a inserção das políticas no cotidiano dos serviços de municípios tão díspares, além de demonstrar a fragilidade das normas instituidoras em garantir que se desenvolvam todos os ciclos de uma política. Mais que a formulação de uma política, parte fundamental e relevante é a sua implementação, e a publicação de uma normativa não constitui garantia de que ela seja executada da forma proposta pelos serviços de saúde.

As normas jurídicas como ampliadoras de ações têm de ultrapassar o aspecto legal. A presença da atenção básica na agenda do governo deve se constituir em prioridade que alcance diferentes espaços e promova microprocessos de transformação da política de AB em ações de cuidado aos usuários no cotidiano dos serviços.

O tema financiamento, relacionado a incentivos e transferências de recursos, ocupou um lugar central nas normas publicadas, principalmente com relação às complementares. Tal situação leva a uma reflexão sobre o financiamento como instrumento de controle federal sobre os municípios, pois estes têm de cumprir critérios

previstos nas normas para receber os recursos necessários ao desenvolvimento das ações de saúde.

O fato de alguns programas – como o Melhor em Casa, Brasil Sorridente e Doenças Crônicas – terem se destacado quanto ao quantitativo de normas não significa que tenham maior relevância ou impacto na atenção básica. A ESF foi representada por apenas um documento e é considerada prioridade para a reorganização da área.

Embora o levantamento dos documentos no portal do DAB tenha abarcado as ações, os programas e as estratégias prioritárias para a atenção básica, o Programa Mais Médicos, instituído pela *Lei nº 12.871/2013*, não foi localizado entre os documentos disponibilizados no portal. Com isso, pode-se inferir que essa constitui uma política de governo para além do DAB, que possibilitou a ampliação do acesso aos serviços de saúde a milhares de brasileiros ao selecionar e vincular cerca de 13 mil médicos brasileiros e estrangeiros aos serviços de atenção básica em todo o país.

Por fim, questiona-se em que medida o Ministério da Saúde consegue promover a construção de um projeto político que articule gestores e sociedade civil na atenção às necessidades de saúde da população, ou se a utilização desse grande quantitativo de normativas cristaliza uma relação de tutela do ente federal sobre os entes municipais na condução da política de saúde.

Colaboradores

Todos os autores participaram integralmente de todas as etapas de preparação do artigo: concepção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual do artigo e, aprovação final da versão a ser publicada.

Agradecimentos

A pesquisa contou com o apoio financeiro da Fundação Araucária: Apoio e Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Paraná.

Referências

- Baptista TWF. Análise da produção legislativa em saúde no Congresso Nacional brasileiro (1990-2006). *Cad Saúde Pública* 2010; 26:97-109.
- Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil nos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad Saúde Pública* 2011; 27: 521-32.
- Baptista TWF. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. *Cad Saúde Pública* 2007; 23: 615-26.
- Marques RM, Mendes A. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad Saúde Pública* 2002; 18 Suppl:163-71.
- Castro ALB, Machado CV. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. *Physis (Rio J.)* 2012; 22:477-506.
- Baptista TWF. Políticas de saúde no pós-constituente: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos Poderes Executivo e Legislativo no Brasil [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2003.
- Amorim Neto O. O Poder Executivo, centro de gravidade do sistema político brasileiro. In: Avelar L, Cintra AO, organizadores. *Sistema político brasileiro: uma introdução*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung/São Paulo: Fundação Unesp; 2004. p. 123-34.
- Pessanha C. O poder executivo e o processo legislativo nas constituições brasileiras. Teoria e prática. In: Vianna LW, organizador. *A democracia e os três poderes no Brasil*. Belo Horizonte: Editora UFMG/Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro/Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro; 2003. p. 141-93.
- Feuerwerker LCM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface Comun Saúde Educ* 2005; 9:489-506.
- Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado da saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 563-613.
- Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Editora Hucitec; 2003. p. 11-199.
- Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Diário Oficial da União 2011; 24 out.
- Bittencourt POS, Clementino JC. Hierarquia das leis. <http://www.trabalhosfeitos.com/ensaios/Hierarquia-Das-Leis/644844.html> (acessado em 10/Jul/2014).
- Calado SS, Ferreira, SCR. Análise de documentos: método de recolha e análise de dados. http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/ichagas/mi1/anali_sedocumentos.pdf (acessado em 12/Abr/2014).
- Viana AL, Baptista TWF. Análise das políticas de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 59-88.
- Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; 29 jun.
- Fontenelle LF. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2012; 7:5-9.
- Medici A. 26 anos de SUS: avanços e desafios. <http://cebes.org.br/2014/07/26-anos-de-sus-avancos-e-desafios-andre-medici/> (acessado em 08/Ago/2014).
- Bodstein R. A atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:401-12.
- Conselho Nacional de Saúde. Moção nº 005/99. http://conselho.saude.gov.br/deliberacoes/moco_es.htm (acessado em 12/Jul/2014).
- Souza R. O sistema público de saúde brasileiro. In: Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. [http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%20F%20de%20Sa%20de%20Brasil\(CEST\).pdf](http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/conferencia_estadual/textos_apoio/O%20Sistema%20P%20F%20de%20Sa%20de%20Brasil(CEST).pdf) (acessado em 10/Abr/2014).
- Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* 2004; 20 Suppl 2:S190-8.
- Giovanella L, Fleury S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: Eibenschutz C, organizadora. *Política de saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995. p. 177-98.
- Abreu WLJ, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15:161-70.
- Saito RXS, Lacerda RA, Fracolli LA. Atenção primária: análise de acesso ao primeiro contato em uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo. *Rev Paul Enferm* 2006; 25:74-81.
- Scorel S. Equidade em saúde. <http://www.epjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equidade.html> (acessado em 15/Set/2014).
- Pinheiro R. Integralidade e prática social. <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=162&sid=25> (acessado em 15/Jul/2014).

28. González AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15: 757-62.
29. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Ministério da Saúde. A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
30. Menezes JSB. Saúde, participação e controle social: uma reflexão em torno de limites e desafios do Conselho Nacional de Saúde na atualidade [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
31. Goulart F. Inclusão dos cidadãos na implementação das políticas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
32. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Adm Pública* 2000; 34:35-45.
33. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanhera E, Kon R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc Saúde Coletiva* 1999; 4:221-61.
34. Collins C, Araújo J, Barbosa J. Decentralising the health sector: issues in Brazil. *Health Policy* 2000; 52:113-27.
35. Fernandes FMB, Ribeiro JM, Moreira MR. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:1667-77.
36. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec/RedeUnida; 1998.
37. Almeida MJ, Pereira LA, Turini B, Nicoletto SCS, Campos JB, Rezende LR, et al. Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais. *Rev Bras Educ Méd* 2007; 31:156-65.

Abstract

A reflection on Brazil's legislation for primary care helps understand the way health policy is implemented in the country. This study focuses on the legal provisions aimed at strengthening primary care, drawing on an analysis of documents from the Ministry of Health's priority actions, programs, and strategies. A total of 224 provisions were identified, in two groups of documents, so-called instituting provisions and complementary provisions. The former include the principles and guidelines of the Brazilian Unified National Health System (SUS) and also involve the expansion of actions. Financing was a quantitatively central theme, especially in the complementary provisions. The analysis led to reflection on the extent to which these strategies can induce linkage between health system managers and civil society in building a political project resulting in improvements and meeting the population's health needs.

Enacted Statutes; Executive; Health Policy

Resumen

Reflexión sobre el marco jurídico destinado a la atención primaria, colaborando en la comprensión sobre cómo se están llevando a cabo las políticas de salud en Brasil. Por lo tanto, este artículo tiene como objetivo analizar las normas jurídicas de fortalecimiento de la atención básica en salud. En este estudio se utilizó el análisis documental de acciones, programas y estrategias para el fortalecimiento de la atención primaria, priorizados por el Ministerio de Salud. Se han encontrado 224 reglas para dos grupos de documentos: normas fundacionales y normas complementarias. Las normas fundacionales, además de llevar consigo los principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS), también significaron una ampliación de acciones. El tema de financiación ocupó un lugar central en las normas cuantitativas, especialmente en relación con las complementarias. Por último, este análisis lleva a la reflexión sobre cómo estas estrategias inducen a la construcción de un proyecto político que responda a las necesidades de salud de la población.

Normas Jurídicas; Poder Ejecutivo; Política de Salud

Recebido em 07/Dez/2014
Versão final rerepresentada 01/Mai/2015
Aprovado em 23/Jul/2015