



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Departamento de Administração

EVA VILMA BARBOSA SOARES

**Atenção Básica e Informação: análise do Sistema de Informação em Saúde
para Atenção Básica (SISAB) e estratégia e-SUS AB e suas repercussões
para uma gestão da saúde com transparência**

Brasília – DF

2016

EVA VILMA BARBOSA SOARES

Atenção Básica e Informação: análise do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e estratégia e-SUS AB e suas repercussões para uma gestão da saúde com transparência

Artigo apresentado ao Departamento de Administração como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão Pública na Saúde.

Professor Orientador (a): Dr^a, Ana Claudia Farranha

Brasília – DF

2016

Atenção Básica e Informação: análise do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e estratégia e-SUS AB e suas repercussões para uma gestão da saúde com transparência

EVA VILMA BARBOSA SOARES

Banca Examinadora

.....

Prof. Dr^a Ana Claudia Farranha

Orientadora

.....

Mestre: Maria Eugênia Diniz Figueirêdo Cireno

Membro

BRASÍLIA – DF

2016

Título: Atenção Básica e Informação: análise do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e estratégia e-SUS AB e suas repercussões para uma gestão da saúde com transparência

Resumo: Esse artigo discute como o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e a estratégia e-sus AB podem auxiliar o Ministério da Saúde a realizar uma gestão transparente da Política Nacional de Atenção básica. Nesta perspectiva buscou-se conceituar alguns termos como Política Nacional de Atenção Básica a Saúde, Sistema de Informação em Saúde, realizar a apresentação do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e a estratégia e-SUS AB. E por fim, foi realizada a análise de como estes sistemas de informação em saúde podem auxiliar a gestão transparente da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Palavras-chave: sistema de informação em saúde, políticas públicas, governo eletrônico, transparência pública.

Abstract: This article discusses how the Information System for Health Primary Care (SISAB) and the strategy and e-SUS AB can assist the Ministry of Health to implement transparent management of the national primary health care policy. In this perspective we sought to conceptualize some terms like Primary Care National Policy on Health , Information System in Health, perform the presentation of the Information System for Health Primary Care (SISAB) and strategy e- SUS AB . Finally, the analysis was carried out of how these health information systems can assist the transparent management of the national policy for primary care (NPPC).

1- Introdução:

Com a publicação da Lei nº 12.527/2011, popularmente conhecida como Lei de Acesso à Informação, a transparência pública ganhou novos contornos, todo o trabalho desenvolvido, até então, na busca por uma administração pública transparente foi regulamentado, nas três esferas dos governos os órgãos públicos tiveram que se adequar a essa nova realidade e proporcionar aos cidadãos informações de caráter ostensivo de forma ágil e prática.

Esse passo foi de extrema importância para a consolidação da democracia brasileira, como bem nos lembra Farranha *et al* (2015),

A construção de sociedades democráticas tem se pautado na perspectiva de que é necessário que o cidadão exerça seu direito de escolha, a partir da

perspectiva relacionada ao conhecimento de um determinado processo político. (2015, p. 371)

No âmbito da saúde no Brasil, desde antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) as ações são apoiadas por sistemas de informações que abrangem dados nacionais, com a descentralização e regionalização das ações de saúde os dados produzidos por esses sistemas se tornam a base para auxiliar a gestão nos três entes federativos, Pinheiro *et al* (2015) corroboram com essa ideia,

Com a descentralização de responsabilidades, serviços e recursos, os sistemas de saúde são geridos o mais próximo possível do nível de prestação de serviços. Essa mudança de função entre os níveis central e periférico tem gerado novas necessidades de informação, sobretudo para a gestão municipal. (PINHEIRO, MARTINS, PINTO, SILVA, ZACHARIAS e GOMIDE, 2014, p. 1307)

Neste contexto, o presente artigo se propõe a discutir como o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e a estratégia e-sus AB podem auxiliar o Ministério da Saúde a realizar uma gestão transparente da Política Nacional de Atenção Básica.

A estrutura do texto parte da conceituação de política pública, transparência pública e governo eletrônico, Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, Sistema de Informação em Saúde, realizar a apresentação do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e a estratégia e-SUS AB e por fim propõe-se identificar como os dados / informação produzida pelo e-SUS AB auxiliam na gestão da Política Nacional de Atenção Básica.

Pretende-se com o presente estudo demonstrar a importância dos sistemas de informação em saúde para a construção de políticas públicas transparentes e assim o fortalecer a democracia brasileira.

2- Metodologia

Trata-se de uma pesquisa, qualitativa, que pode ser assim entendida:

Apresenta maior liberdade teórico-metodológica para realizar seu estudo. Os limites de sua iniciativa são fixados pelas condições exigidas a um trabalho científico, mas ela deve apresentar estrutura coerente, consistente, originalidade e nível de objetivação capaz de merecer aprovação de cientistas num processo intersubjetivo de apreciação. (BRÜGGER, 2014, p.50)

Para desenvolver esta pesquisa, será realizada uma revisão de literatura de artigos, livros, da legislação vigente pertinente ao assunto, manuais produzidos pelo

Ministério da Saúde, sítios da rede mundial de computadores – Internet e dados primários.

3- Referencial Teórico

3.1 Políticas públicas, transparência pública, governo eletrônico Política Nacional de Atenção Básica a saúde e sistema de informação em saúde.

Ao realizar a análise de dois elementos vitais para a gestão das políticas públicas brasileira, os sistemas de informação e a transparência pública, centradas na área de saúde é necessário termos claro o que é uma política pública e com ela se desenvolve, como a transparência pública e o governo eletrônico se desenvolveram no Brasil, como foi o início e o desenvolvimento das ações e atividades de atenção básica na saúde pública brasileira e por fim como os sistemas de informação em saúde auxiliam na construção, desenvolvimento e gestão das políticas públicas.

O entendimento destes conceitos e do foco que eles terão dentro desta pesquisa é de suma importância para entendermos a ligação que existe entre eles e a contextualização de todos para atingirmos o objetivo final desta pesquisa.

3.1.1 Política Pública

Em um cenário político cada vez mais dinâmico a área de conhecimento de políticas públicas vem ganhando destaque. Este estudo não tem como objetivo principal se aprofundar na discussão acerca do conceito e formulação de políticas públicas, mas para que possamos entender o contexto e importância de um sistema de informação em saúde para a tomada de decisão é necessário que tenhamos entendimento básico do que venha a ser uma política pública.

Segundo Souza (2006, p.23) a área de conhecimento políticas públicas surge nos Estados Unidos na década de 1930 e contou com quatro grandes “pais” fundadores: H. Laswell, H. Simon, C. Lindblom e D. Easton.

Como ferramenta de decisões para área do governo, segundo Souza (2006, p. 22) esse campo do conhecimento surgiu durante a guerra fria introduzida por Robert McNamara, devido à valorização da tecnocracia e como forma de enfrentar as consequências da guerra.

O termo “política” encontra em países de língua portuguesa dois sentidos distintos, tanto pode ser utilizado para designar o processo político conflituoso ou as decisões materiais das instituições governamentais, já em países de língua inglesa, segundo Secchi (2010, p.1) este vocábulo pode ser diferenciado por de dois termos *politics* e *policy*, sendo que o *politics* “é a atividade humana ligada a obtenção e manutenção dos recursos necessários para o exercício do poder sobre o homem”, enquanto *policy* “é a mais concreta e a que tem relação com orientações para a decisão e ação”.

Para Souza (2006), políticas públicas envolvem vários atores e níveis de decisão, é abrangente e não se limita a leis e regras, é uma ação intencional e com objetivos definidos, tendo impactos de curto e longo prazo.

As políticas públicas surgem de modo a atender as demandas formuladas pelos atores sociais ou agentes políticos, essas demandas podem ser divididas em: Demandas novas, recorrentes e reprimidas. E sua dimensão “é dada não pelo tamanho do agregado social sobre o qual incidem, mas pelo seu caráter “imperativo” (Ruas, 1998, p.3).

A literatura nos traz alguns conceitos de política pública, para Secchi (2010, p. 2) “Qualquer definição de política pública é arbitrária”, deste modo, entenderemos para esta pesquisa política pública como sendo uma diretriz elaborada para enfrentar problemas públicos, que tem como elementos fundamentais a intencionalidade pública e a resposta a um problema público.

Segundo Frey (1997, p.223) podemos caracterizar as políticas públicas em relação “à forma e aos efeitos dos meios de implementação aplicados, aos conteúdos das políticas e, finalmente no que tange ao modo da resolução de conflitos políticos”.

Ainda segundo este autor, podemos caracterizar as políticas públicas em quatro formas, que sejam:

1. Políticas distributivas são caracterizadas por um baixo grau de conflito dos processos políticos, visto que políticas de caráter distributivo só parecem distribuir vantagens e não acarretam custos.
2. Políticas redistributivas, ao contrário, são orientadas para o conflito. O objetivo é o desvio e o deslocamento consciente de recursos financeiros, direitos ou outros valores entre camadas sociais e grupos da sociedade.
3. Políticas regulatórias trabalham com ordens e proibições, decretos e portarias. Os efeitos referentes aos custos e benefícios não são determináveis de antemão; dependem da configuração concreta das políticas.
4. Políticas constitutivas (constituent policy) [Lowi, 1972] ou políticas estruturadoras - Beck fala de políticas modificadoras de regras. [Beck, 1993,

p. 17] - determinam as regras do jogo e com isso a estrutura dos processos e conflitos políticos, isto é, as condições gerais sob as quais vêm sendo negociadas as políticas distributivas, redistributivas e regulatórias. (FREY, 1997, p.223-224)

Com base nestas análises é evidente que o campo de estudo das políticas públicas é demasiado extenso e abrangente. Assim, o foco deste estudo será nas políticas públicas em saúde, de modo a entendermos a importância de um sistema de informação dentro da gestão de uma política pública focada na atenção básica em saúde.

Na história recente do Brasil, os movimentos sociais sempre foram atores do processo de criação das políticas públicas em saúde, o movimento da reforma sanitária, que teve início na década de 1970 foi um dos responsáveis pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) nos moldes como o conhecemos.

Sob essa perspectiva, o entendimento abstrato de política pública auxilia a delinear o problema público “saúde”, identificando seus atores, movimentos sociais e classe política, e por fim, como resposta a esta situação temos a criação do SUS e das políticas nacionais na área da saúde.

3.1.2 Transparência Pública

Com o advento das novas Tecnologias da Informação e Comunicação (TICS) as informações chegam com mais agilidade e facilidade ao cidadão, que por sua vez, buscam a cada dia manter-se mais informados Cerquinho et al (2015, p. 349) corroboram com este pensamento, ao afirmarem que “é possível verificar um constante crescimento do interesse da sociedade em buscar informações e interações no ambiente virtual propiciado pela internet, também conhecido como ciberespaço”.

Neste cenário dinâmico que estamos inseridos a forma como vemos a informação e o tempo mudou o que antes levaríamos anos para produzir hoje produzimos em horas, precisamos ser ágeis, pois mais do que nunca em nossa sociedade a informação é vista como um ativo uma vantagem competitiva.

No âmbito da Administração Pública, a informação está intimamente ligada a questão da transparência pública. No Brasil demos o primeiro passo com a promulgação da Constituição Federal de 1988, conhecida como

constituição cidadã, por garantir diversos direitos sociais, por exemplo, o direito de acesso à informação, bem como mecanismos de proteção de direitos, assim o Brasil dá o primeiro passo na busca pela transparência das informações produzidas pelo Estado, como por exemplo, a publicação da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2001, ou, lei de responsabilidade fiscal, que trouxe parâmetros para os gastos públicos nas três esferas do governo, essa lei é considerada um instrumento de controle e transparência dos gastos públicos.

O artigo nº 37 da Constituição Federal de 1988 traz os princípios que devem nortear o funcionamento da administração pública, dentre esses princípios temos o da publicidade que faz a via de regra que todos os atos administrativos, desde que não prejudiquem a segurança nacional ou sejam de cunho pessoal, devem ser levados a público, pois isso gera transparência dos seus atos e permite o controle por parte da sociedade.

Ainda na Constituição Federal de 1988 em seu artigo nº 5 o legislador aponta sobre o direito do cidadão ter acesso às informações públicas de seu interesse, vejamos alguns:

XIV - é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional;

XXXIII - todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado;

XXXIV - são a todos assegurados, independentemente do pagamento de taxas:

a) o direito de petição aos Poderes Públicos em defesa de direitos ou contra ilegalidade ou abuso de poder;

b) a obtenção de certidões em repartições públicas, para defesa de direitos e esclarecimento de situações de interesse pessoal;

LX - a lei só poderá restringir a publicidade dos atos processuais quando a defesa da intimidade ou o interesse social o exigirem;

LXXII - conceder-se-á “habeas data”:

a) para assegurar o conhecimento de informações relativas à pessoa do impetrante, constantes de registros ou bancos de dados de entidades governamentais ou de caráter público;

b) para a retificação de dados, quando não se prefira fazê-lo por processo sigiloso, judicial ou administrativo. (BRASIL, 1988)

Outro marco histórico para a transparência pública brasileira foi a publicação da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), essa lei estabelece normas a serem seguidas em relação a transparência com gastos públicos em âmbito nacional.

Para instituir a transparência pública na agenda política o Brasil aderiu com mais sete países, África do Sul, Estados Unidos, Filipinas, Indonésia, México, Noruega e Reino Unido, à parceria governo aberto por meio do Decreto de 15 de setembro de 2011, que institui o Plano de Ação Nacional sobre o Governo Aberto, esta parceria é uma iniciativa internacional presidida pelos Estados Unidos da América e co-presidência do Brasil, que visa difundir e incentivar globalmente práticas governamentais relacionadas à transparência dos governos, ao acesso à informação pública e à participação social.

Para atender aos princípios da parceria do governo aberto, foi sancionada a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, amplamente conhecida como Lei de Acesso à Informação, o objetivo da lei é repassar com maior facilidade informações aos cidadãos.

A Lei de Acesso à Informação foi regulamentada pelo Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012, enquanto a Lei 12.527/11 deve ser seguida nacionalmente e abrange todos os poderes, o decreto regulamenta os procedimentos para garantia do acesso a informação e para restrição de informação sob restrição de acesso, no âmbito do Poder Executivo Federal.

Já no Decreto nº 7.845, de 14 de novembro de 2012, que regulamenta os procedimentos para credenciamento de segurança e tratamento de informação classificada em qualquer grau de sigilo, e dispõe sobre o Núcleo de Segurança e Credenciamento.

Segundo este Decreto os sistemas que tratam das informações públicas devem primar pela sua segurança, autenticidade e controle, conforme preconizado no artigo abaixo descrito:

No tratamento da informação classificada deverão ser utilizados sistemas de informação e canais de comunicação seguros que atendam aos padrões mínimos de qualidade e segurança definidos pelo Poder Executivo federal. (BRASIL, 2012)

Em administrações públicas que zelam pela transparência temos cidadãos capazes de exercer o seu poder participativo e demandante do Estado com a possibilidade de participar da confecção de políticas públicas que atendam suas necessidades e por fim exercer o controle social e fiscalizador.

Essas medidas foram um avanço para a consolidação da democracia brasileira.

3.1.3 Governo eletrônico

Outra medida governamental que auxilia na transparência e agilidade na prestação de informações ao cidadão é a iniciativa do governo eletrônico, instituído por meio do Decreto da Presidência da República de 18 de outubro de 2000, cria no âmbito do Conselho de Governo o Comitê Executivo do Governo Eletrônico, esse Comitê tem como objetivo formular políticas, estabelecer diretrizes, coordenar e articular as ações de implantação do Governo Eletrônico, voltado para a prestação de serviços e informações ao cidadão.

Para Oliveira (2009, p.7) o tema Governo Eletrônico é recente e perpassa toda a Administração Pública, ele envolve a introdução de recursos da Tecnologia da Informação e Comunicação em todas as atividades públicas, com vistas a maior eficácia, eficiência e efetividade das atividades da Administração Pública.

O Governo Eletrônico traz algumas propostas que visam à melhoria dos processos da Administração Pública, por exemplo, a utilização de softwares de código livre e que os sistemas de tecnologia de informação devem ser integrados em todos os órgãos do governo federal, essa é a proposta dos padrões de Interoperabilidade de Governo Eletrônico (e-Ping), esses padrões são utilizados para definir um conjunto mínimo de premissas, políticas e especificações técnicas que regulamentam a utilização da Tecnologia de Informação e Comunicação na interoperabilidade de serviços de Governo Eletrônico, visando condições de interação com os demais poderes e esferas de governo e com a sociedade em geral.

Essa Iniciativa está diretamente ligada à gestão dos sistemas de informação da administração pública, que atualmente buscam seguir os padrões propostos pelo Governo Eletrônico (e-gov) a fim de facilitar a interoperabilidade dos sistemas e assim agilizar e facilitar a sua disseminação e gestão.

Na área da saúde pública brasileira o Departamento de Informática do SUS (DATASUS) reformulou sua metodologia de trabalho e atualmente trabalha pautado pelos padrões de interoperabilidade propostos pelo Governo Eletrônico (e-GOV), visando instituir esse padrão a todos os sistemas de informação no âmbito do SUS em 2015 foi publicado a Portaria GM nº 589 de 20 de maio de 2015, que trata da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, aprofundaremos esse assunto mais adiante.

3.1.4 Política Nacional de Atenção Básica a Saúde

Para chegarmos à Política Nacional de Atenção Básica atual é necessário que façamos uma contextualização histórica, no que tange à atenção básica, para entendermos como ela passou de um conceito abstrato até ser foco de políticas nacionais, tornando-se o primeiro nível de atendimento ao cidadão dentro da atenção à saúde.

No Brasil, devido à precariedade das cidades e o surto de doenças infecciosas, que encontram no clima tropical, na falta de higiene e saneamento das cidades, bem como, o intenso fluxo de imigração local favorável ao seu desenvolvimento, à saúde pública brasileira teve seu foco durante longos na gestão sanitária.

Durante o período monárquico brasileiro o Estado precisou se organizar para que pudesse reagir contra essa situação, mas segundo Campos (2007, p.880) “no início, a organização sanitária, atuou, especialmente, com o objetivo de controle e isolamento das doenças infecto-contagiosas”, de acordo com este autor foram as políticas públicas propostas já na República Velha, no final da década de 1.910 e início de 1.920 que começaram a surtir efeitos positivos na gestão da saúde.

Em 1.920, o Reino Unido elaborou o Relatório Dawson, considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) como uma forma organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde.

Neste período tivemos uma mudança no contexto socioeconômico do país, com o aumento da industrialização e com isso o aumento das populações nas cidades, houve mudanças e evoluções na forma do poder público pensar a saúde pública no Brasil, o que impulsionou a criação de cursos de médico

sanitarista, criou-se os primeiros estabelecimentos públicos, que visavam atender a todos os cidadãos, neste momento a saúde pública segundo Campos (2007, p.882), passou a ter mais responsabilidades e atribuições passando, por exemplo, a atuar nas áreas de saneamento e no combate às endemias rurais.

Com a criação dos Postos de Saneamento e posterior criação dos centros de saúde, em 1.925, ocorreu um grande avanço na gestão da saúde pública, pois temos aí origem da organização da rede de atenção básica na saúde brasileira, pela primeira vez o poder público brasileiro estruturou uma rede de atendimento próxima ao cidadão, regionalizada e hierarquizada.

Os centros de saúde tinham como objetivo conhecer melhor a situação dos indivíduos, das moradias e das famílias, para formar um panorama da situação epidemiológica da região em que estavam inseridos, desde então a rede dos centros de saúde foram se expandindo, segundo Campos (2006, p.135) entre as décadas de 1.950 e 1.970 essas redes permanentes foram colocadas em segundo plano, mas Lavras (2011, p.870) nos traz que na década de 1.960 houve uma expansão no atendimento dos centros, ampliando suas ações para a atenção materno-infantil e combate a grandes endemias.

Em 1978, foi realizada a Conferência Internacional de Alma Ata pela OMS e UNICEF, onde se define Atenção Primária a Saúde (APS), como:

Uma atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, cujo acesso seja garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas as etapas de seu desenvolvimento, com espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação. A atenção primária é parte integrante tanto do sistema nacional de saúde, do qual constitui-se como função central e núcleo principal, como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária”. (OMS, 1979).

Esta conferência é considerada um marco para o desenvolvimento da saúde mundial, pois propôs a todos os países participantes a meta de atingir até o ano 2.000 a “saúde para todos”.

Com o auxílio do conceito trazido pelo relatório Dawson e a Conferência de Alma Ata, surge no panorama internacional a ideia de organização dos sistemas de atenção à saúde baseados na atenção primária.

Cumpramos esclarecer que o Ministério da Saúde em seus documentos normativos não aderiu ao uso do termo “atenção primária a saúde” e sim “atenção básica”, segundo Gil (2006, p.1179) o conceito atenção primária a saúde surgiu em um cenário onde era defendida a tese de redução do financiamento e gastos com saúde e assim teve seus pressupostos estruturantes de um novo modelo de sistema de saúde obscurecido, já o conceito de atenção básica a saúde surgiu 20 anos depois, mas em um cenário econômico-financeiro bem parecido ao de atenção primária, mas apesar deste ponto, ele foi mais bem aceito aos preceitos do SUS, haja vista essa ponderação, nesta pesquisa será utilizado o termo “atenção básica a saúde” por ser a nomenclatura que consta nos normativos produzidos pelo Ministério da Saúde.

No Brasil, no fim da década de 1970 e início da década de 1980, passamos pela transição do governo militar para a redemocratização do país, neste contexto o governo sofria grande pressão dos movimentos sociais, que na área da saúde lutou ativamente por melhorias no sistema público de saúde, tendo organizado ao longo dos anos as Conferências Nacionais de Saúde, que teve como marco a Oitava Conferência de Saúde, realizada em 1986, que pedia a reforma do sistema saúde, sendo assim, ponto base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal Brasileira, a saúde foi tratada como

Direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Assim em seu artigo nº 198 a Constituição Federal de 1988 traz que: “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, assim temos a instituição do SUS.

Dois anos após a promulgação da Constituição Federal, foi sancionada a Lei nº 8080, de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, nela temos a definição do SUS como um conjunto de ações e serviços, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e fundações mantidas pelo Poder Público, procurando unificar todas as instituições e serviços de saúde num único sistema.

O início de implantação do SUS não foi uma tarefa fácil, o Estado deveria mudar toda a forma de organização da saúde do país para que um sistema único fosse implementado, Segundo Conil:

Os primeiros anos da reforma foram marcados pela integração e fusões de instituições associadas à tentativa de manter e difundir novos princípios num contexto de grave crise fiscal e financeira”, passando os primeiros anos e com a publicação das Normas Operacionais Básicas do SUS, a política de descentralização e regionalização do SUS começou a ser organizada. (CONIL, 2008, p. s11)

Para Geovanella e Mendonça devido à implantação do neoliberalismo e como consequência a tentativa de redução dos gastos públicos na década de 1.990, levou o governo a adotar medidas de descentralização das ações federais para os municípios,

Transferiam a responsabilidade da atenção para o governo municipal, o que exigiu rever a lógica da ‘assistência básica’, organizando-a e expandindo-a como primeiro nível de atenção, segundo as necessidades da população. (GEOVANELLA E MENDONÇA, 2008, p. 600).

Esse foi um dos fatores que contribuíram para auxiliar a expansão do modelo de sistema de saúde onde a porta de entrada é a atenção básica, pois para receber os recursos federais os municípios necessitavam formar equipes de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde foi criado em 1.991, com o objetivo de combater a epidemia de cólera e outras formas diarreias, a implantação ocorreu primeiro nas regiões Norte e Nordeste e de maneira emergencial, com foco a dar suporte a áreas que não tivesse assistência médica, para Geovanella e Mendonça (2008, p. 601) o programa de agentes comunitários de saúde, foi o primeiro passo para o fortalecimento das ações de atenção básica no âmbito do SUS.

Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de reorientar, fortalecer e consolidar as estratégias de atenção básica, pois segundo o Ministério da Saúde (2010), o que levou este programa a ser criado foi:

Indignação pela falta de acesso da população ao sistema de saúde. Assim nasceu o Programa Saúde da Família (PSF). O Programa Saúde da Família nasceu da indignação pelo fato de que, no Brasil, o acesso aos serviços de saúde continuava precário ainda em 1993 e cerca de 1.000 municípios brasileiros não tinham nenhum profissional médico nessa época. Essa também foi a mesma razão da existência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. (BRASIL, 2010, p. 21)

Com a publicação da Norma de Operação Básica em 1996, após sete anos de criação do SUS, o programa saúde da família passa a ser visto como estratégia e surge o Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) que modificou a forma de financiamento e repasse de recursos aos estados e municípios, os recursos destinados às ações de atenção básica passam a serem fixo, tendo um valor *per capita* por habitante, esses valores foram relacionados à área de cobertura das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), essa mudança trouxe o interesse dos gestores estaduais e municipais e por consequência a expansão da ESF, com isso ocorreu o fortalecimento da atenção básica consolidando-a como modelo adotado pelo SUS.

Com a adoção destas ações o Brasil começa a estar em consonância com os demais países onde a atenção básica a saúde é vista de uma maneira ampla e eficaz de levar o atendimento o mais próximo possível do cidadão, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu Relatório Mundial da Saúde de 2008 corrobora com este pensamento.

Na interface entre uma população e o sistema de saúde, a atenção primária pode vir a ser facilitadora de uma convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral. (OMS, 2008, p. 43)

A atenção básica atualmente é o primeiro nível de atendimento ao cidadão e a “porta de entrada” do SUS, no Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei orgânica do SUS, no parágrafo terceiro do segundo artigo define como portas de entrada “serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS”, este decreto em seu artigo nº ainda preconiza que “O acesso

universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço”.

A nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que foi instituída por meio da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde, onde a atenção básica passou a ser caracterizada como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012, p. 19)

Esta portaria preconiza que a atenção básica deve ser:

Desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima a vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários a principal porta de entrada e centros de comunicação da rede de Atenção a Saúde. (BRASIL, 2012, P.19)

A nova PNAB revisou normas e diretrizes para melhor organização da atenção básica, um dos grandes avanços foi o reconhecimento de novas Equipes da Estratégia Saúde da Família de acordo com as diferentes populações do Brasil.

Com base na PNAB hoje a atenção básica a saúde funciona como porta de entrada do cidadão aos serviços públicos de saúde, tendo como base a Estratégia Saúde da Família (ESF) que conta com as equipes que atendem as populações de rua os chamados consultórios de rua, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), as Unidades Básicas de Saúde Fluviais, Estratégia Saúde da Família para Populações Ribeirinhas e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O financiamento também sofreu modificações com a nova PNAB, o valor *per capita* por município no Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) e com isso passou a beneficiar municípios menores e com maior carência, com maior percentual de população pobre e em extrema pobreza. (CONASS, 2015, p.6)

Para aumentar o repasse de recurso a esses municípios foi instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

(PMAQ-AB), que segundo Brasil (2011) tem como objetivo “incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território”, quando os municípios participantes atingem melhora no padrão de qualidade no atendimento o PMAQ-AB eleva o repasse de recursos a esses municípios.

3.1.5 Sistema de Informação em Saúde

Em um cenário socioeconômico cada vez mais dinâmico, onde devido à evolução da tecnologia da informação e comunicação a maioria dos órgãos públicos produz informações institucionais em meio digital, essa produção, o grande desafio das organizações públicas é tratar corretamente essas informações, de modo que elas sejam autênticas, verídicas e seguras, para serem utilizadas de maneira a maximizar a eficiência do Estado.

A era da informação eletrônica teve início na década de 80, segundo Rondinelli, duas grandes novidades contribuíram para este fato, que sejam:

Os computadores pessoais e as redes de trabalho. Os primeiros marcaram o fim dos CPDs e o início e descentralização dos trabalhos informáticos. Softwares amigáveis e custos baixos levaram à disseminação do uso dos microcomputadores. Tal disseminação foi potencializada com o advento da tecnologia de rede, a qual evoluiu rapidamente das redes locais (Local Area Network – LAN) para as regionais e globais sendo a internet a maior e a melhor. (RONDINELLI, 2005, p. 20).

Assim com o advento das novas tecnologias da informação e a velocidade com que elas se desenvolveram nas últimas décadas, surgiu na administração pública os sistemas de informação, que para Laudon e Laudon (2010) podem ser definidos como:

Conjunto de componentes inter-relacionados que coletam ou (recuperam), processam, armazenam e distribuem informações destinadas a apoiar a tomada de decisões, a coordenação e ao controle, esses sistemas também auxiliam os gerentes e trabalhadores a analisar problemas, visualizar assuntos complexos e criar novos produtos. (LAUDON e LAUDON, 2010, p. 12).

Para o Estado, o objetivo dos sistemas de informação em sua maioria é gerar informações que possam subsidiar a tomada de decisão no que tange a melhoria ou criação de novas políticas públicas.

Ao analisarmos esse conceito é evidente quão abrangente pode ser um sistema de informação, nesta pesquisa o nosso foco é o sistema de informação e-SUS AB, deste modo, buscaremos entender sobre os sistemas de informação focados na área da saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde Sistema de informação pode ser conceituado como:

Um conjunto de componentes que atuam de forma integrada por meio de mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão da informação necessária e oportuna para implementar processos de decisões no Sistema de Saúde. Seu propósito é selecionar dados pertinentes e transformá-los em informações para aqueles que planejam, financiam, provêem e avaliam os serviços de saúde”. (OMS, 1981, p. 42)

Os sistemas de informação em saúde para Marin (2010) têm como premissa básica:

Contribuir para a melhoria da qualidade, da eficiência e da eficácia do atendimento em saúde, possibilitando a realização de pesquisa, o fornecimento de evidência e auxiliando no processo de ensino. (MARIN, 2010, p. 21)

As informações coletadas por esses sistemas para Branco (1996) têm a seguinte finalidade:

Identificar os problemas individuais e coletivos do quadro sanitário de uma população, propiciando elementos para análise da situação encontrada e subsidiando a busca de possíveis alternativas de encaminhamento. (BRANCO, 1996, p.68)

Para a área da saúde brasileira relacionada a sistemas de informação, podemos citar como marco a primeira reunião sobre sistemas de informação em saúde realizada na Conferência Nacional de saúde de 1.975, (BRASIL, 2009), devido a este fato a maioria dos sistemas de informação em saúde foram criados antes da implantação do SUS, ou seja, após a implantação do Sistema Único de Saúde brasileiro constatou-se que eles não tinham as características exigidas pelo novo sistema de saúde público.

Uma das características do SUS que os sistemas anteriores a ele não contemplavam era a descentralização da gestão da saúde para a esfera municipal, isso aumentou a necessidade de formas de gestão da informação na

área da saúde, assim tivemos a reestruturação de sistemas de informação existentes e a criação de outros.

A Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, no parágrafo quarto do seu artigo nº 15 define como atribuição comum da União, Estados e Municípios a coordenação e organização do sistema de informação em saúde, já em seu artigo nº 47, desta mesma Lei, fica definido que:

Em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços. (BRASIL, 1990)

Para de melhorar a gestão da informação em saúde, em 1.996, o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) por meio de um acordo de cooperação técnica criaram a Rede Interagencial de Informações para Saúde (RIPSA), que tem dois objetivos: potencializar a utilização das bases de informação disponíveis para apoiar a construção do Sistema Único de Saúde; e contribuir para a sistematização de dados e informações produzidos pelos países da Região das Américas, a partir da Iniciativa Regional de Dados Básicos em Saúde.

A RIPSA inicialmente analisou as bases de dados dos sistemas de informação em saúde, conseguindo detectar divergências entre as fontes dos dados e a sua coleta o que por diversas vezes gerava conflito na gestão da informação do SUS, uma das medidas adotadas foi elaborar padrões para a coleta de dados e para a sua análise.

A rede tem uma matriz de indicadores, que organiza o conjunto de indicadores e define as suas características essenciais, por meio dela é instrumentalizado a produção dos Indicadores e Dados Básicos (IDB), esses dados são consolidados pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que os retira dos sistemas de informação em saúde geridos pelo Ministério da Saúde, segundo Junior (2009)

A RIPSA não poderia funcionar sem o concurso de bases sólidas no Ministério da Saúde, órgão ao qual se destinam, essencialmente, os previstos. O IDB, por exemplo, não teria viabilidade, nem legitimidade, sem a contribuição dos órgãos técnicos do Ministério. (JUNIOR, 2.009, p. 139)

Para solucionar essa questão da necessidade de bases sólidas, desde 1996 na 10ª Conferência Nacional de Saúde, foram definidas as diretrizes para elaboração de uma Política Nacional de Produção e Disseminação da Informação Temática, desde então o tema, gestão da informação em saúde, passou a ser recorrente nas conferências nacionais, tendo produzido várias versões da política sendo a mais recente a publicada em 2015, por meio da Portaria GM nº 589 de 20 de maio de 2015, que institui a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), que foi elaborada em consonância com a Política do Governo Eletrônico (e-gov), Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A PNIIS tem como pressuposto:

promover o uso inovador, criativo e transformador da tecnologia da informação, para melhorar os processos de trabalho em saúde, resultando em um Sistema Nacional de Informação em Saúde articulado, que produza informações para os cidadãos, a gestão, a prática profissional, a geração de conhecimento e o controle social, garantindo ganhos de eficiência e qualidade mensuráveis através da ampliação de acesso, equidade, integralidade e humanização dos serviços e, assim, contribuir para a melhoria da situação de saúde da população. (CONASS, 2013)

Essa política é nacional e deve ser seguida pelas unidades de saúde públicas e privadas no âmbito do SUS, bem como por todas as unidades do Ministério da Saúde e suas vinculadas.

Atualmente o Ministério da Saúde, através do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) realiza a gestão de diversos sistemas de informação em saúde que são classificados em: os de cadastro nacional, epidemiológicos, ambulatoriais, sociais, regulação, financeiros, de gestão, hospitalares, estruturantes, eventos vitais e suporte à sistema.

Por meio destes sistemas o Ministério da Saúde obtém informações básicas para criação, melhoria e desenvolvimento das políticas públicas de saúde brasileiras, assim como, dados confiáveis para estudos técnicos científicos que possam auxiliar na melhoria da saúde brasileira.

4 Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica - SISAB

4.1 Histórico

Para atingir aos princípios regionalização e descentralização do SUS e a consolidação da atenção básica como porta de entrada do sistema público de saúde brasileiro, assim era necessário que os dados produzidos em todas as esferas públicas fossem seguros e compartilháveis, para isso foram criados os sistemas de informação específicos para essa área da saúde de modo a conhecer a realidade da população que utiliza o SUS e assim melhorar as políticas públicas de atenção básica.

Podemos considerar como primeiro sistema de informação em saúde para atenção básica, o Sistema de Informação do Programa Agentes comunitários de Saúde o (SIPACS) que foi implantado em 1993, que tinha como lógica de funcionamento a coleta de dados de populações de determinadas áreas.

Com a ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Criação do Programa Saúde da Família houve a necessidade de ampliar os dados fornecidos e melhorar a gestão da informação na área de atenção básica, com isso, em 1998 foi implantado o Sistema de Informação para Atenção Básica (SISAB), que segundo Freitas e Pinto (2005, p. 549) foi criado “como um instrumento para gestão de sistema locais de saúde”, e para Bittar *et al* (2009) tem como característica:

Descrever a realidade socioeconômica, a situação de adoecimento e morte da população adstrita, avaliar os serviços e ações de saúde e contribuir para monitoramento da situação de saúde em áreas geográficas definidas. (BITTAR, MENEGHIM, MIALHE, PEREIRA e FORNAZARI, 2009, p. 78)

Para Santos *et al* (2012, p. 332) o SIAB tem o “objetivo de monitorar e avaliar a implantação e os resultados da ABS¹”. A base de dados do SIAB era alimentada por meio de fichas de cadastro e acompanhamento preenchidas pelos agentes comunitários de saúde em suas visitas aos domicílios de uma determinada área ou no atendimento prestados por profissionais da estratégia saúde da família, nas fichas era possível cadastrar as famílias, sua escolaridade, condições de saúde, saneamento básico e moradia, e ainda fazer o acompanhamento de grupos de risco e fazer a notificação de agravos.

¹ Atenção Básica em Saúde

Os dados eram compilados e consolidados em relatórios utilizados para auxiliar no planejamento de ações em âmbito municipal, Distrital, Estadual e Federal.

O SIAB foi utilizado por quinze anos, 1998 a 2013, durante esse período o sistema trouxe diversos benefícios para a gestão da atenção básica, como a utilização mais eficiente e eficaz da informação, produção de indicadores e melhor consolidação das informações produzidas do nível Municipal ao Federal, mas por necessidade de atender aos novos conceitos tecnológicos de integração e interoperabilidade entre os sistemas de informação em saúde e impossibilidade tecnológica de desenvolver o SIAB o Ministério da Saúde optou por desenvolver um novo sistema, assim o SIAB foi substituído pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

4.2 O Desenvolvimento do SISAB e estratégia e-SUS AB

O SISAB faz parte da estratégia e-SUS, ou, SUS eletrônico, essa estratégia pretende reestruturar, desenvolver e garantir a integração dos sistemas de informação em saúde, com vistas a ter um registro individualizado dos cidadãos tendo como base o Cartão Nacional de Saúde (CNS), segundo o Ministério da Saúde (2015) o objetivo da estratégia e-SUS é “facilitar e contribuir com a organização do trabalho dos profissionais de saúde”.

Dentro do e-SUS temos o e-SUS AB que é uma estratégia para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional, com vistas a ampliar e melhorar a qualidade do atendimento prestado à população.

Esse sistema, de acordo com o Ministério da Saúde (2014, p.05), tem como objetivo “melhorar a qualidade da informação em saúde e de otimizar o uso dessas informações pelos gestores, profissionais de saúde e cidadãos”.

Antes da implantação do SISAB e da estratégia e-SUS AB o desenvolvimento e construção desse novo sistema foi ponto de debate no Conselho de Secretários de Saúde (CONASS), órgão que tem como missão:

Promover a articulação e a representação política da gestão estadual do SUS, proporcionando apoio técnico às Secretarias Estaduais de Saúde, coletiva e individualmente, de acordo com as suas necessidades, por meio da disseminação de informações, produção e difusão de conhecimento, inovação e incentivo à troca de experiências e de boas práticas. (CONASS, 2015)

Os debates que ocorrem no âmbito do CONASS subsidiam as discussões e tomadas de decisão que ocorrem na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que segundo o Ministério da Saúde (2015) “são foros permanentes de negociação, articulação e decisão entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no Sistema Único de Saúde”.

A avaliação no CONASS quanto a implantação do sistema gerou a Nota Técnica n° 07 de 19 de abril de 2013, vejamos os principais pontos:

Nota Técnica n° 07 de 19 abril de 2013

Objetivo	Avaliação da proposta de implantação da Estratégia e-SUS AB e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB)
Pontos principais	<ul style="list-style-type: none"> • Faz um paralelo entre o SIAB e o SIAB • Avalia os pontos de implantação do sistema deste a instalação até os custos. • Elenca alguns pontos que na visão dos Secretários Estaduais de Saúde podem prejudicar a implantação do sistema, que sejam: O e-SUS não passou por processo de homologação e testes e a falta desses testes no momento da implantação gerou a impressão de o sistema não estar pronto; a necessidade de um servidor regional ou estadual para o bom funcionamento do sistema; Foi positiva a diminuição do número de fichas para preenchimento, mas era necessário à validação dos novos formulários o que não ocorreu; os bancos de dados utilizados não eram os melhores para esse caso, pois um é livre, mas não suporta grande volume de dados o outro é pago o que envolveria custos na aquisição; os custos apresentados pelo MS foram considerados subestimados.
Recomendações	<ul style="list-style-type: none"> • Que seja instituído um grupo técnico formado por representantes do MS, CONASS e CONASEMS²; • Que seja ampliado o prazo para manutenção e alimentação tanto do SIAB quanto SISAB para o mínimo de um ano após a publicação da portaria; • Que as Secretarias Estaduais tenham extrema cautela ao assinar termos de cooperação com o MS para implantação da estratégia e-SUS AB.
Conclusão	A estratégia e-SUS AB foi considerada uma excelente iniciativa, porém pode ser colocada em risco caso haja uma implantação precipitada.

Fonte: Elaboração própria

² Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

Após essas ponderações entre os entes federativos o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) foi instituído pela Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013, com o objetivo de melhorar e modernizar o sistema de gerenciamento de informações da atenção básica.

Para que esse sistema de informação em saúde funcione dentro dos parâmetros desejados o Ministério da Saúde produziu alguns atos administrativos que regulam e o norteiam o funcionamento do sistema, que sejam:

Legislação para funcionamento do SISAB

Portaria nº 3.462, de 11 de novembro de 2010	Objetivo	Estabelece critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde.
	Pontos Principais	<ul style="list-style-type: none"> • Torna obrigatório a alimentação mensal e sistemática dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas. • Determina que a alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos sistemas de informação em saúde é de responsabilidade dos Estados, Municípios e do Distrito Federal, conforme a gestão dos estabelecimentos. • Determina que a Secretaria de Atenção à Saúde/SAS adote as providências necessárias quanto à suspensão da transferência de recursos financeiros a Estados, Municípios e Distrito Federal quando o Banco de Dados Nacional de um dos Sistemas de Informação em Saúde, estabelecidos como obrigatórios para cada gestão, não forem alimentados e devidamente validados por 3 (três) competências consecutivas.
Portaria nº 2.073, de 31 agosto de 2011	Objetivo	Regulamentar o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar.
	Pontos Principais	<ul style="list-style-type: none"> • Institui que padrão de interoperabilidade para os sistemas de informação em saúde para todo o SUS; • Conceitua o que padrão de interoperabilidade, que seja: “são o conjunto mínimo de premissas, políticas e especificações técnicas que disciplinam o intercâmbio de informações entre os sistemas de saúde Municipais, Distrital, Estaduais e Federal, estabelecendo condições de interação com os entes federativos e a sociedade”; • A implantação desse padrão tem como objetivo: tornar célere o acesso a informação relevante, fidedignas e oportunas, compartilhar informações em saúde; melhorar a qualidade e eficiência do SUS e estruturar informações; • O DATASUS será o responsável por publicar o Catálogo de Padrões de Interoperabilidade de informações de Sistemas de Saúde (CPIISS), esse catálogo seguirá o padrão de Metadados do Governo Eletrônico Brasileiro (EPMG); • O padrão será aberto e sem custo; • O Ministério da Saúde ficará responsável pelos recursos financeiros necessários à efetivação da utilização dos padrões,

		<p>tradução dos termos, manutenção do arcabouço dos padrões de interoperabilidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> Os entes federativos arcarão com os custos de adequação de sistemas próprios.
Portaria n° 1.412, de 10 de julho de 2013	Objetivos	Instituir o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).
	Pontos Principais	<ul style="list-style-type: none"> Define que a operacionalização do SISAB será realizada por meio da estratégia e-SUS AB; A implementação da estratégia e-sus AB em cada região, será pactuada pelos entes federados e se efetivará de acordo com os cenários e necessidades locais; A gestão do SISAB é de competência do Ministério da Saúde; O SISAB passa a ser o sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica; Define que todas equipes da atenção básica devem enviar informações para o banco de dados do SISAB
Resolução CIT n° 06, de 06 de novembro de 2013	Objetivo	Define regras para implantação de novos aplicativos, sistemas de informação em saúde ou novas versões de sistemas e aplicativos já existentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e que envolvam a sua utilização pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde.
	Pontos Principais	<ul style="list-style-type: none"> Dispõe que todos os sistemas de informação ou aplicativos a serem implantados no SUS ou novas versões de sistemas e aplicativos já existentes terão seus modelos, regras de negócio e cronograma de implantação apreciados no âmbito da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pactuados na CIT. A validação dos sistemas deve ser feita por meio de comissão compostas por membros do MS, CONASS e CONASEMS Garante acesso automático e integral às informações dos bancos de dados dos sistemas de informação em saúde produzidas no seu território, às Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde.
Portaria n° 14, de 7 de janeiro de 2014	Objetivo	Instituir os prazos para o envio da base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) referente às competências de janeiro a junho de 2014 e Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) referente às competências de janeiro a dezembro de 2014.
	Pontos Principais	<ul style="list-style-type: none"> Estabelece cronograma para envio da base de dados do SIAB e do SISAB
Portaria n° 751, de 22 de agosto de 2014	Objetivos	Alterar o Anexo da Portaria n° 14/SAS/MS, de 7 de janeiro de 2014.
	Pontos Principais	<ul style="list-style-type: none"> Altera o cronograma de envio da base de dados do SIAB e do SISAB, proporcionando maior tempo aos entes federativos para prepararem os dados.

Portaria n° 1.976, de 12 de setembro de 2014.	Objetivo	Alterar e acrescentar dispositivos à portaria n° 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013.
	Pontos Principais	<ul style="list-style-type: none"> Inclui a informação que todas as equipes que compõe a atenção básica devem enviar informações ao banco de dados do SISAB
Portaria n° 534, de 23 de junho de 2015	Objetivo	Alterar o Anexo da Portaria n° 14/SAS/MS, de 7 de janeiro de 2014.
	Pontos Principais	<ul style="list-style-type: none"> Altera, novamente, a o cronograma de envio da base de dados do SIAB e do SISAB, proporcionando maior tempo aos entes federativos para prepararem os dados.
Portaria n° 1.113, de 32 de julho de 2015	Objetivo	Alterar o § 3° do art. 3° da Portaria n° 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).
	Pontos Principais	<ul style="list-style-type: none"> Fixa a data de janeiro de 2016 para que todas as informações produzidas pelas equipes da atenção básica serão enviadas obrigatoriamente somente ao SISAB.

Fonte: Elaboração própria

4.3 Implantação e Funcionamento do SISAB e estratégia e-SUS AB

O SISAB foi pensado para atender os mais variados cenários de informatização e conectividade nos serviços de saúde, mesmo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que não possuem acesso aos serviços podem utilizar o sistema, pois o banco de dados do sistema é alimentado por dois *softwares*, vejamos:

- e-SUS AB CDS (Coleta de Dados Simplificada): Sistema com coleta simplificada estruturada por fichas em suporte papel que possibilita o resumo do atendimento pelo profissional ao cidadão, esse sistema atende bem as UBS que não estão informatizadas ou sem conexão de internet. Apesar do registro ser por fichas essas informações são integradas ao sistema com o PEC, o registro vai para o histórico de atendimento do cidadão e quando a UBS for informatizada esse histórico estará disponível no PEC. Sua principal diferença para o SIAB é a individualização dos dados do cidadão.
- e-SUS AB PEC (Prontuário Eletrônico do Cidadão): Sistema de gestão para as Unidades Básicas de Saúde informatizadas. Esse software usa um Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) como principal ferramenta para estruturar o

trabalho dos profissionais de saúde, ele auxilia todo fluxo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde (UBS). As configurações do PEC são bem flexíveis onde o gestor e a equipe de trabalho que definem a função de cada um.

O Brasil possui realidades distintas para cada Unidades Básicas de Saúde, sendo assim os municípios procedem a avaliação dos os cenários possíveis para a implantação do e-sus AB, verificando qual sistema é o mais adequado para atender às suas necessidades.

Após os gestores municipais realizarem o diagnóstico de qual o melhor sistema a ser utilizado nas UBS's de seu município ele deve se preparar para a instalação, o primeiro passo é realizar o cadastro do gestor no sistema de controle e uso do e-SUS AB, que nos casos dos Estados será o responsável pelo Fundo Estadual de Saúde (FES) e nos casos dos Municípios será o responsável pelo Fundo Municipal de Saúde (FMS), o gestor será o responsável nesse primeiro momento por habilitar os demais usuários e perfis no sistema.

Ainda na parte de implantação o Ministério da Saúde recomenda que seja realizada a análise dos recursos disponíveis, elabore um cronograma de capacitação e sensibilização dos profissionais da atenção básica e defina-se a organização do processo de trabalho, da coleta e digitação dos dados.

Cabe destacar que o SISAB com sua premissa de integração aceita dados de sistemas que não sejam o e-SUS AB CDS ou e-SUS AB PEC, esse fato é importante primeiro por trabalhar com o critério de integração e segundo por não haver retrabalho para os estados e municípios que já fazem uso de sistemas próprios para gestão das informações da atenção básica, que deverão somente adequar os seus sistemas para que eles possam enviar os dados para o SISAB.

Passado um ano do início da implantação do SISAB e e-SUS AB o CONASS produziu uma análise técnica da situação, que culminou na Nota Técnica n° 08 de 22 de abril de 2014 que traz as seguintes considerações:

Nota Técnica n° 08 de 22 abril de 2014

Objetivo	Avaliar a situação da estratégia e-SUS AB
Pontos principais	<ul style="list-style-type: none"> • Analisa o que foi proposto e o que foi efetivamente realizado até a data da reunião do CONASS • Avalia se as propostas e recomendações feitas na nota técnica n° 07 de

	<p>19 de abril de 2013 foram acatadas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avalia o processo de implantação da estratégia e-SUS AB e SISAB no período de abril de 2013 a abril de 2014.
Recomendações	<ul style="list-style-type: none"> • Que o Ministério da Saúde cumpra o que foi pactuado na Resolução nº 06 de novembro de 2013; • O desenvolvimento e disponibilização da interface com sistemas próprios de estados e municípios; • Definição de como o e-SUS AB e SISAB integrará com os demais sistemas que compõe o SUS; • Reforça a recomendação para as Secretarias Estaduais tenham cautela ao assinar o termo cooperação com o MS
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • A maior parte das recomendações e questionamentos realizados pelo CONASS foram confirmados no processo de implantação o que gerou transtornos aos Estados. • Problemas citados na implantação: O sistema não estava pronto; Dificuldades operacionais (falta de capacitações para utilizar o sistema) e não garantia do repasse dos bancos de dados do SISAB aos Estados.

Fonte: Elaboração própria

Conforme apontado na nota técnica do CONASS a implantação do sistema passou por alguns problemas, mas levando em consideração que em todo momento de mudança há pontos críticos e segundo dados do Ministério da Saúde até o dia 11/02/2015 o número de municípios com o sistema e-SUS AB implantado é de 4.901 (88,0%) e o número de municípios com o sistema e-SUS AB em fase de implantação é de 331 (5,9%), ou seja, temos mais de 90% dos municípios brasileiros utilizando o sistema, podemos depreender que a instalação do sistema obteve êxito.

O passo primordial para auxiliar na gestão da transparência da Política Nacional de Atenção Básica é que os dados produzidos pelos estados e municípios sejam disponibilizados para o Ministério da Saúde.

A transmissão dos dados ao SISAB é realizada pela estratégia e-SUS AB, os Estados devem ter instalados o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) centralizador e repassar o link desse ambiente aos municípios para que estes possam enviar os dados ao centralizador. É o PEC centralizador que envia todos os dados produzidos pelo Estado ao SISAB.

O envio desses dados depende da organização dos municípios podem ocorrer: diariamente, semanalmente, quinzenalmente ou mensalmente que é o prazo máximo para o envio dos dados produzido, caso esse envio não seja realizado por parte dos municípios o Ministério da Saúde poderá realizar a suspensão da transferência de recursos financeiros dos municípios que se enquadrarem nessa situação.

A gestão da informação pode ser feita através de relatórios compilados tanto no e-SUS PEC e no e-SUS PEC centralizador, podem ser gerados relatórios sobre cadastro, atendimentos, exames, condutas, desfecho de atendimentos, monitoramento e relatórios operacionais, esses dados são referentes aos atendimentos realizados por toda a equipe e não somente os dados dos Agentes Comunitários de Saúde como no SIAB.

Desde sua instituição em 2013 o SISAB e a estratégia e-SUS AB tem buscado avançar na melhoria da coleta e gestão da informação da informação da atenção básica, por ser um sistema territorializado proporciona uma visão muito próxima da realidade brasileira e com a inovação dos dados serem individualizados por meio da utilização do Cartão Nacional de Saúde temos informações que retratam a saúde do cidadão de maneira única em um país de proporções continentais como o Brasil esse é um considerável avanço para a melhoria e fortalecimento das políticas públicas voltadas para atenção básica e como consequência o fortalecimento e melhoria do SUS.

4.1 Integração e Interoperabilidade

Os vocábulos integrar e interoperar são parecidos, cumpre esclarecer seus significados dentro do contexto do SISAB, que sejam, interoperar é quando dois ou mais sistemas precisam trabalhar juntos e integrar é quando os sistemas somente realizam a troca de informações.

Como vimos anteriormente o SISAB tem como objetivos a integração e interoperabilidade e assim eliminar os retrabalhos na coleta de dados e informações duplicadas, para que esses objetivos sejam alcançados o sistema de informação da atenção básica não faz integração somente com outros sistemas de informação, mas integra também com outros programas, vejamos:

Cartão Nacional de Saúde (CNS) instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao usuário, ao profissional e à unidade de saúde onde foram realizados. Está disponível para todos os cidadãos brasileiros que para obtê-lo devem realizar um cadastro e assim receberem um

número nacional de identificação, é por meio desse número que os softwares e-SUS CDS e e-SUS PEC fazem o registro individualizado do cidadão.

Estratégia de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde que segundo a Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011 tem como objetivo “criar incentivo financeiro para as Unidades Básicas de Saúde implantadas em território nacional, como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações”, os incentivos financeiros podem ser utilizados para construção, ampliação e reforma das UBS, com essa estratégia foi possível melhorar as condições e levar a informatização para as unidades básicas de saúde e com isso as equipes da atenção básica puderam utilizar o sistema e-SUS AB PEC melhorando assim seus fluxo de trabalho e coleta das informações.

E tendo em vista a conectividade das UBS para que assim possam realizar a transmissão de dados ao SISAB, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério das Comunicações dentro do Programa Governo Eletrônico desenvolveram o Plano Nacional de Banda Larga nas UBS, que tem como meta da primeira etapa levar internet para 12 mil unidades básicas de saúde e assim proporcionar maior qualidade e agilidade no atendimento ao cidadão, garantia e segurança no processo de transmissão de dados dos sistemas de informação em saúde.

O SISAB além desses programas e estratégias ainda realizará a integração com vários sistemas de informação em saúde, como por exemplo: O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Programa Bolsa Família, Programa Saúde na Escola (PSE), entre outros. A integração ou interoperação do SISAB com outros sistemas ocorre de forma direta na base federal, o que garante a integridade e a segurança das informações.

5 O SISAB e o auxílio na gestão transparente da Política Nacional de Atenção Básica

Os sistemas de informação são primordiais para a gestão das políticas públicas, pois com o advento das novas tecnologias da informação e comunicação vivemos na era do aumento da produção da informação e da necessidade de processá-las com agilidade e segurança, de modo que consigam gerar insumos para as tomadas de decisão e na área da saúde pública brasileira eles são considerados estruturantes para o melhor desenvolvimento Sistema Único de Saúde (SUS).

Para acompanhar se as políticas públicas em saúde estão atingindo os objetivos propostos é necessário que existam metas e indicadores e que estes sejam pactuados entre os entes federativos, na atenção básica esse pacto foi instituído pela Portaria n° 3.925 de 13 de novembro de 1998, que aprovou o Manual de Organização da Atenção Básica, fazendo constar em seu texto os primeiros indicadores que seriam utilizados para avaliação das ações em atenção básica, e regulamentado pela portaria n° 476, de 14 de abril de 1999.

As metas e os indicadores não são imutáveis, logo a cada mudança de cenário eles podem ser reajustados ou modificados para refletir o que é necessário naquele momento, deste modo os indicadores da atenção básica sofreram alterações ao longo dos anos e a forma como eles são pactuados também, hoje a pactuação de metas e indicadores é norteada pelo Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011.

Os indicadores relacionados ao aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) pactuados entre os entes federativos, por meio do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP), com vigência de 2013 até 2015, de acordo com o Ministério da Saúde, são:

Meta	Indicador
Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica.
Redução de internações por causas sensíveis à Atenção Básica.	Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica (Icsab).
Aumentar o percentual de cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).	Cobertura de acompanhamento das condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família (PBF).
Aumentar a cobertura populacional estimada pelas equipes de Saúde Bucal.	Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.
Aumentar o percentual de ação coletiva de escovação dental supervisionada.	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada.
Reduzir o percentual de exodontia em relação aos procedimentos preventivos e curativos.	Proporção de exodontia em relação aos procedimentos.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013, p. 21

Ao analisarmos as metas e indicadores da atenção básica é evidente que as informações utilizadas para análise serão as fornecidas pelos dados produzidos pelos softwares e-SUS CDS e e-SUS PEC enviados ao SISAB, assim essas informações

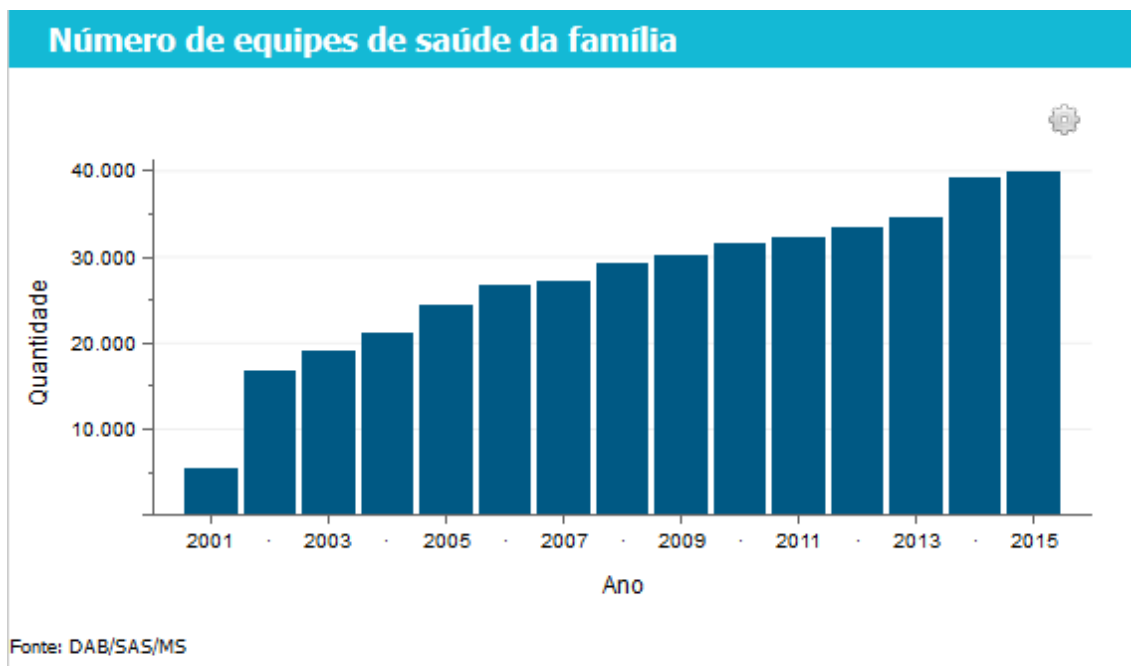
transforma-se auxiliando o Ministério da Saúde a ter uma visão ampla do funcionamento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Quanto a questão da transparência os dados produzidos pelo SISAB estão disponíveis para o cidadão em dois sítios da rede mundial de computadores (Internet) um é o <http://sage.saude.gov.br/> que faz parte da Sala de apoio à Gestão Estratégica (SAGE), que segundo o Ministério da Saúde (2016) é responsável por:

Disponibiliza informações de saúde, especialmente das redes de atenção à saúde prioritárias, acompanhamento das metas, repasses, coberturas e indicadores epidemiológicos e operacionais das ações e programas para a tomada de decisão, gestão e geração de conhecimento pelos estados e municípios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

Ao acessar esse sítio o cidadão tem a sua disposição informações das principais redes de atenção à saúde, no que concerne a atenção básica são disponibilizados dados das seguintes ações: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Brasil Sorridente – Equipes de Saúde Bucal, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Equipes Saúde da Família, Melhor em casa, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade Básica de Saúde (UBS) – Obras, Vacinas do Calendário da Criança e Academia da Saúde.

Destas ações acima citadas quase todas utilizam dados provenientes do SISAB, excluindo apenas Unidade Básica de Saúde (UBS), Unidade Básica de Saúde (UBS) – Obras e Academia da Saúde, por exemplo, caso o cidadão queira entender como foi a evolução das Equipes Saúde da Família (ESF) o sítio disponibiliza as informações do período de 2002 a 2015 e em gráficos ou tabela, vejamos um exemplo:



Fonte: <http://sage.saude.gov.br/#> - acesso dia 13/02/2016

A Sala de apoio à Gestão Estratégica (SAGE) fornece os dados de maneira a dar um panorama geral das ações, o cidadão não poderá, por exemplo, montar um relatório com um período de tempo que lhe convier, para esses casos em relação a atenção básica temos o outro sítio <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04> disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS, por meio deste sítio é possível gerar relatórios usando filtros que sejam Situação de Saúde; Produção e Marcadores; Cadastramento Familiar; Situação de Saneamento e PMA Complementar e por período as datas variam de 1998 até 2015.

Utilizando esses filtros o cidadão que, por exemplo esteja preocupado com o surto de microcefalia e desejar informações a respeito da quantidade de gestantes acompanhadas pelas equipes da atenção básica no Distrito Federal (DF) no último trimestre do ano de 2015 basta entrar no sítio e escolher esses filtros que será disponibilizado um relatório que poderá ser exportado para planilhas, gráficos ou mapa, vejamos o resultado desta pesquisa em planilha:

Sistema de Informação de Atenção Básica - Situação de Saúde - Distrito Federal			
Nº Gestantes por Município e Ano/Mês			
Período: Out-Dez/2015			
Município	2015/Out	2015/Nov	2015/Dez
530010 Brasília	3687	3756	3704
Total	3687	3756	3704
Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB			
Consulte o site da Secretaria Estadual de Saúde para mais informações.			

Ao realizar as pesquisas nos dois sítios onde as informações fornecidas pelo sistema de informação em saúde para atenção básica estão disponíveis para os cidadãos, nota-se que o acesso é rápido e fácil, os dois sítios são simples de compreender e não é necessário ter avançado conhecimento em informática para utilizá-los.

Assim, de maneira prática e fácil o sistema de informação em saúde para atenção básica cumpre a função de auxílio na gestão transparente da política pública para atenção básica.

6 Considerações Finais

A transparência pública é essencial para a construção de uma democracia sólida, nessa perspectiva os sistemas de informação de modo geral constituem-se em um arcabouço de informações que auxiliam o aprimoramento e melhoria da gestão das políticas públicas.

No âmbito da saúde pública brasileira, principalmente na área da atenção básica, eles são estruturantes e com a descentralização e regionalização propostos pelo SUS auxiliam os ententes federados a trocar informações e melhorar a qualidade do atendimento ofertado ao cidadão.

Quanto ao SISAB e a estratégia e-SUS AB foi possível verificar que são sistemas inovadores que preconizam a integração e interoperabilidade, com vistas a eliminação de retrabalhos e produção de dados confiáveis. Além destes pontos foi demonstrado que a estratégia de implantação destes sistemas busca melhorar toda a estrutura de trabalho das equipes da atenção básica e como consequência melhorar o serviço prestado a população.

Verificou-se ainda que o SISAB e a estratégia e-SUS AB auxiliam o Ministério da Saúde a realizar a gestão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de maneira transparente e permitem ao cidadão ter acesso ágil e fácil das informações produzidas nestes sistemas através de dois sítios eletrônicos disponíveis na rede mundial de computadores.

Os novos sistemas de informação da atenção básica ainda estão em fase de implantação, mas uma de suas grandes evoluções e diferenciação da coleta de dados do sistema antigo é a individualização do cadastro, desde modo sugere-se para as próximas discussões a respeito deste tema a análise dos impactos e ganhos dos dados gerados a

partir da individualização dos cadastros e como isso ajudou a melhoria dos serviços prestados à população.

7 Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.**

BRASIL. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2.000.** Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso dia 18/01/2016

BRASIL. **Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011.** Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e nº § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm>. Acesso em: 22 mar. 2014.

BRASIL. **Decreto nº 7.724, de 16 de maio de 2012.** Regulamenta a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que dispõe sobre o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do caput do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e nº § 2º do art. 216 da Constituição. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/Decreto/D7724.htm>. Acesso em: 22 mar. 2014.

BITTAR, T. O. et al. O sistema de informação da atenção básica como ferramenta da gestão em saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 77-81, jan./abr. 1999. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rfo/article/view/675>>. Acesso em: 03 fev. 2016.

BRANCO, Maria Alice Fernandes. Sistemas de informação em saúde no nível em saúde no nível local. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 12, p. 267-270, abr./dez. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v12n2/1512.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2016.

BRÜGGER. Maria Teresa Cabalero. **Metodologia da pesquisa e da produção científica.** Brasília. WEducacional e cursos Ltda, 2011.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. A Organização dos Serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 131-147, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/36>>. Acesso em: 08 jan. 2016.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o sistema distrital de administração sanitária. **História, ciência, Manguihos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 03, p. 877-906, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/10.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2016.

CIT. **Resolução nº 06, de 06 de novembro de 2013.** Dispõe sobre as regras para implantação de novos aplicativos, sistemas de informação em saúde ou novas versões de sistemas e aplicativos já existentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e que envolvam a sua utilização pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais, do

Distrito Federal e Municipais de Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2013/res0006_06_11_2013.html. Acesso em: 17/01/2016.

CERQUINHO, Kleomara Gomes. TAVARES, Wellington. VITORINO, Irineu Amaro. O cidadão e o acesso à saúde por meio digital: uma análise da gestão do portal da saúde nos limites entre e-government e-participation. In: KEINERT, Tania Margarete Mezzomo.; SARTI, Flávia Mori.; CORTIZO, Carlos Tato.; PAULA, Silvia Helena Bastos de. (Org). Proteção à Privacidade e acesso às informações em saúde: tecnologias, direitos e ética. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015, p. 349-417.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio Histórico-Conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: Desafios para a Organização de Serviços Básicos e da Estratégia Saúde da Família em Centros Urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 7-27, fev. 2016. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24s1/02.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2016.

CONASS. **Nota Técnica nº 07, de 19 de abril de 2013**. Estratégia e-SUS Atenção Básica e Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica – SISAB. Disponível em: http://www.conass.org.br/Notas%20%C3%A9nicas%202013/notatecnica_7_13.pdf. Acesso em: 15/12/2013

CONASS. **Nota Técnica nº 08, de 22 de abril de 2014**. Situação Atual da Estratégia e-SUS Atenção Básica. Disponível em: <http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/NT%2008-2014%20-%20e-SUS%20e%20SISAB.pdf>. Acesso em: 14/01/2016

FARRANHA, Ana Claudia.; OLIVEIRA, Rafael Santos de.; RAMINELLI, Francieli Puntel. Lei de acesso à informação (Lei nº 12.527/2011) e administração pública: direito à informação, proteção à intimidade e desafios para regulação (o caso do Ministério da Saúde). In: KEINERT, Tania Margarete Mezzomo.; SARTI, Flávia Mori.; CORTIZO, Carlos Tato.; PAULA, Silvia Helena Bastos de. (Org). Proteção à Privacidade e acesso às informações em saúde: tecnologias, direitos e ética. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015, p. 349-417.

FREITAS, Fernanda Pini de. PINTO, Ione Carvalho. Percepção da Equipe Saúde da Família Sobre a Utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. **Revista Latina Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p.547-554, jul/ago. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400013. Acesso em: 23/01/2016.

FREY, Klaus. Políticas Públicas: Um Debate Conceitual e Reflexões Referentes à Prática da Análise de Políticas Públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, [S.L], n. 21, p. 211-259, 2000. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/89/158>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: Sinergias e Singularidades do Contexto Brasileiro. **Caderno Saúde Pública**, Rio de

Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006>. Acesso em: 13 jan. 2016.

GIOVENELLA, Lígia. MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, Lígia.; ESCOREL, Sarah.; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. (ORG). Política e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p. 575-625.

LAUDON, Kenneth; LAUDON, Jane. Os sistemas de Informação Empresariais na sua carreira: _____. **Sistemas de Informações Gerenciais**. 9 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2010. Cap. 01

LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, out./dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005>. Acesso em: 08 jan. 2016.

MARIN, Heimar De Fátima. Sistemas de Informação em saúde: Considerações Gerais. **Journal of Health Informatics**, [S.L], v. 2, n. 1, p. 20-24, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/viewFile/4/52>>. Acesso em: 21 jan. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica – SUS 01/96: gestão plena com responsabilidade pela saúde da população**: Portaria MS/GM n.º 2.203/1996. Brasília, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: **Portaria n° 3.925, de 13 de novembro de 1998**. Aprovar o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3925_13_11_1998_rep.html. Acesso em: 17/01/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n° 476, de 13 de junho de 1999**. Remaneja o limite financeiro anual referente à assistência de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial do Estado de Pernambuco. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0476_13_06_2014.html. Acesso em: 17/01/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. Brasília, 2010, 144 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf. Acesso em: 17/01/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília, 2009, v.1. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volu1.pdf. Acesso em: 17/01/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde**. Brasília, 2009, v.1. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/experiencia_brasileira_sistemas_saude_volu me2.pdf. Acesso em: 17/01/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.462, de 11 de novembro de 2011.** Estabelece critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3462_11_11_2010_comp.html. Acesso em: 17/01/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.073, de 31 de agosto de 2011.** Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073_31_08_2011.html. Acesso em: 17/01/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.206, de 17 de setembro de 2011.** Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2206_14_09_2011_rep.html. Acesso em: 17/01/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.488, 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). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 17/01/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013.** Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em: 17/01/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015. Brasília, 2013, 156 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_diretrizes_objetivos_2013_2015.pdf. Acesso em: 22/02/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes Nacionais de Implantação da Estratégia e-SUS AB [recurso eletrônico]. Brasília, 2014, 11 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_nacionais_esus.pdf. Acesso em: 17/01/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 14, de 7 de janeiro de 2014.** Institui os prazos para o envio da base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) referente às competências de janeiro a junho de 2014 e Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) referente às competências de janeiro a dezembro de 2014. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0014_07_01_2014.html. Acesso em: 17/01/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 751, de 22 de Agosto de 2014**. Altera o Anexo da Portaria nº 14/SAS/MS, de 7 de janeiro de 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0751_22_08_2014.html. Acesso em: 17/01/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.976, de 12 de setembro de 2014**. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1976_12_09_2014.html. Acesso em: 17/01/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 534, de 23 de junho de 2015**. Altera o Anexo da Portaria nº 14/SAS/MS, de 7 de janeiro de 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2015/prt0534_23_06_2015.html. Acesso em: 17/01/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 589, de 20 de maio de 2015**. Institui a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0589_20_05_2015.html. Acesso em: 17/01/2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.113, de 31 de julho de 2015**. Altera o § 3º do art. 3º da Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/port_n1113_2015.pdf. Acesso em: 17/01/2016.

OLIVEIRA, João Batista Ferri De. Governo Eletrônico: Uma Visão Sobre a Importância do Tema. **Informática Pública**, Belo Horizonte, v. 1, n. 07, p. 07-13, Belo Horizonte. Disponível em: http://www.ip.pbh.gov.br/ANO11_N1_PDF/governo_eletronico.pdf. Acesso em: 13 jan. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Genebra. *Evaluación de los programas de salud: normas fundamentales para su aplicación en el procesode gestion para el desarrollo nacional de la salud*. Genebra, 1981. p. 49.

PAIN, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 Anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2016.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do sistema único de saúde: notas sobre contextos e autores. **História, ciência,**

saúde - manguinhos, Rio janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-59702014000100015>. Acesso em: 11 fev. 2016.

PINHEIRO, A. L. S. et al. Utilização dos Sistemas de Informação: Desafios para a Gestão da Saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Paraná, v. 14, n. 3, p. 1307-1314, jul./set. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24356>>. Acesso em: 03 fev. 2016.

RUA, Maria das Graças. Políticas públicas e políticas públicas no Brasil: conceitos básicos e achados empíricos. **Maria das Graças Rua y Maria Izabel Valladão de Carvalho, O estudo da Política (tópicos selecionados), Brasília, Paralelo**, v. 15, 1998. (versão mais atualizada deste texto disponível em <http://franciscoqueiroz.com.br/portal/phocadownload/gestao/rua%20maria%20%20analisedepoliticaspUBLICAS.pdf>). Acesso em 11/01/2016.

RUA, Maria das Graças. Políticas Públicas. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2009.

RONDINELLI, Rosely Curi. **Gerenciamento arquivísticos de documentos eletrônicos**: uma abordagem teórica da diplomática arquivística contemporânea. Rio de Janeiro. 4º ed. Editora FGV. 2005

SANTOS, C. D. S. et al. Registro de Atividades no Sistema de Informação da Atenção Básica. **Cogitare Enfermagem**, Santos, v. 17, n. 2, p. 331-335, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/23098>>. Acesso em: 07 jan. 2016.

SECCHI, Leonardo. Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010. Cap. 01

SOUZA, Celina et al. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>. Acesso em: 03/01/2016.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002, 726 p.

Sítios Eletrônicos

<http://www.ripsa.org.br/vhl/metodologia-ripsa/concepcao-e-estruturacao/>. Acesso em: 10/02/2016

<http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 10/02/2016

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php. Acesso em: 10/02/2016

<http://www.governoaberto.cgu.gov.br/no-brasil/governo-aberto-no-brasil.> Acesso em:
10/02/2016

<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01.> Acesso em: 10/02/2016

http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=45&Itemid=7. Acesso em: 10/02/2016

<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1063-sgep-raiz/dai-raiz/st-cit/11-st-cit/17164-cit.> Acesso em: 10/02/2016

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_requalifica_ubs.php. Acesso em: 10/02/2016

http://dab.saude.gov.br/portaldab/sala_apoio_gestao_estragica.php. Acesso em:
10/02/2016

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=conectividade.> Acesso em:
10/02/2016