



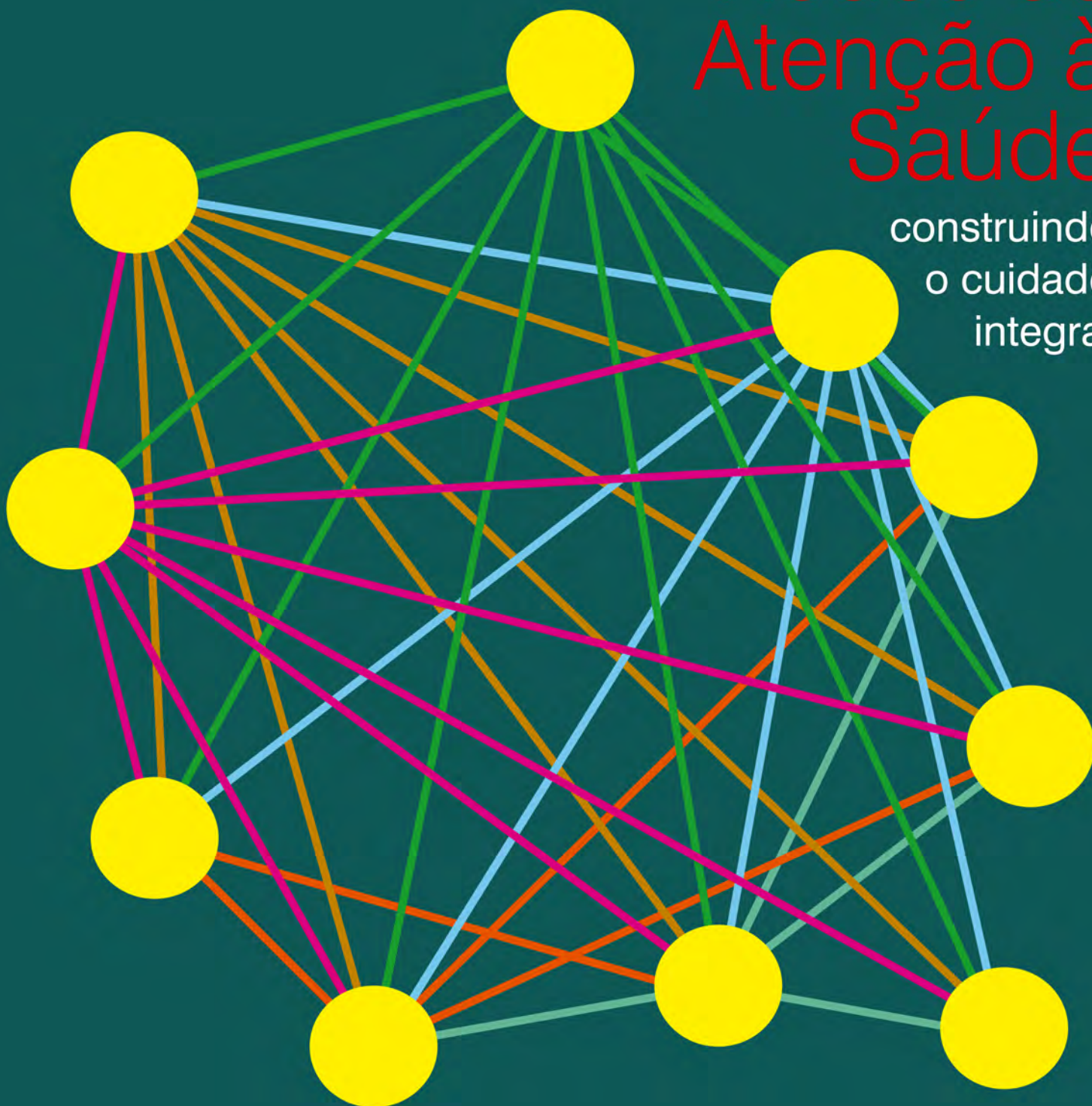
REVISTA

Divulgação

EM SAÚDE PARA DEBATE

Redes de Atenção à Saúde

construindo
o cuidado
integral



CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2013-2015)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEARS 2013-2015)

Presidente:	Ana Maria Costa
Vice-Presidente:	Isabela Soares Santos
Diretora Administrativa:	Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Diretor de Política Editorial:	Paulo Duarte de Carvalho Amarante
Diretora Adjunta de Política Editorial:	Maria Lucia Frizon Rizzotto
Diretores Executivos:	Liz Duque Magno Maria Gabriela Monteiro Maria Lucia Frizon Rizzotto Paulo Henrique de Almeida Rodrigues Tiago Lopes Coelho
Diretores Ad-hoc:	Grazielle Custódio David Helena Rodrigues Corrêa Filho Lucia Regina Fiorentino Souto Pedro Paulo Freire Piani

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Aparecida Isabel Bressan
David Soeiro Barbosa
Yuri Zago Sousa Santana de Paula

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Albinear Plaza Pinto
Ary Carvalho de Miranda
Carlos Octávio Ocké Reis
Cornelis Johannes van Stralen
Eleonor Minho Conill
Gastão Wagner de Souza Campos
Iris da Conceição
Jairnilson Silva Paim
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Ligia Giovanella
Maria Edna Bezerra da Silva
Nelson Rodrigues dos Santos
Pedro Silveira Carneiro

SECRETARIA EXECUTIVA | EXECUTIVE SECRETARY

Cristina Santos

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

Celeste de Souza Rodrigues - Coordenadora Geral de Informação e Monitoramento das Redes de Atenção à Saúde
Maria Thereza Rodrigues da Cunha - Consultora Nacional da OPAS-OMS (descentralizada para a SAS/MS)

DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE

A revista *Divulgação em Saúde para Debate* é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITOR CIENTÍFICO | SCIENTIFIC EDITOR

Ana Maria Costa (RJ)

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Alicia Stolkner - Universidade de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina
Angel Martinez Hernaez - Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha
Breno Augusto Souto Maior Fonte - Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
Carlos Botazzo - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Catalina Eibenschutz - Universidade Autónoma Metropolitana, Xochimilco, México
Cornelis Johannes van Stralen - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil
Diana Mauri - Universidade de Milão, Milão, Itália
Eduardo Luis Menéndez Spina - Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), México
Eduardo Maia Freese de Carvalho - Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil
Giovanni Berlinguer - Università La Sapienza, Roma, Itália
Hugo Spinelli - Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina
José Carlos Braga - Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil
José da Rocha Carneiro - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Luiz Augusto Facchini - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil
Luiz Odorico Monteiro de Andrade - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Maria Salette Bessa Jorge - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil
Miguel Márquez - Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Havana, Cuba
Paulo Marchiori Buss - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira - Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil
Rubens de Camargo Ferreira Adorno - Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil
Sonia Maria Fleury Teixeira - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Sulamis Dain - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Walter Ferreira de Oliveira - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet

SECRETARIA EDITORIAL | EDITORIAL SECRETARY

Frederico Azevedo

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe - HISA
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal - LATINDEX
Sumários de Revistas Brasileiras - SUMÁRIOS

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Mangueiras
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

A revista *Divulgação em Saúde para Debate* é associada à Associação Brasileira de Editores Científicos



Apoio

Ministério da Saúde



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz





REVISTA

Divulgação

EM SAÚDE PARA DEBATE

NÚMERO 52 - ISSN 0103-4383 - RIO DE JANEIRO, OUTUBRO 2014



4 **EDITORIAL** | EDITORIAL

8 **APRESENTAÇÃO** | INTRODUCTION

ARTIGO DE DEBATE | DEBATE ARTICLE

15 **Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade**

Health Care Networks: towards the integrality

Helvécio Miranda Magalhães Júnior

ARTIGO DE DISCUSSÃO |
DISCUSSION ARTICLE

38 **Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS**

Comments about Health Care Networks in SUS

Eugênio Vilaça Mendes

50 **Redes integradas de cuidados e a pesquisa necessária**

Integrated care networks and necessary research

José Carvalho de Noronha

54 **Comentários: Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade**

Comments: Health Care Networks: towards the integrality

Wilson Alecrim, Beatriz Figueiredo Dobashi

ARTIGOS | ARTICLES

58 **Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais**

Rede Cegonha: challenges of cultural changes in obstetric and neonatal practices

Dário Frederico Pasche, Maria Esther de Albuquerque Vilela, Miriam Di Giovanni, Paulo Vicente Bonilha Almeida, Thereza de Lamare Franco Netto

72 **Violência contra a mulher: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2011**

Violence against women: analysis of the reports made in the health sector - Brazil, 2011

Eneida Anjos Paiva, Marta Maria Alves da Silva, Alice Cristina Medeiros das Neves, Marcio Denis Medeiros Mascarenhas, Thereza de Lamare Franco Netto, Deborah Carvalho Malta

88 **Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes**

Mental health policy on the new context of the Unified Health System: regions and networks

Jaqueline Tavares de Assis, Cláudio Antônio Barreiros, Andréa Borghi Moreira Jacinto, Roberto Tykanori Kinoshita, Pedro de Lemos Macdowell, Taia Duarte Mota, Fernanda Nicácio, Mariana da Costa Schorn, Isadora Simões de Souza, Alexandre Teixeira Trino

-
- 114** **Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde**
Chronic diseases, care networks and Primary Health Care
Patrícia Sampaio Chueiri, Erno Harzheim, Heide Gauche, Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos
- 125** **Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica**
Understanding the challenges for implementation of the Urgency and Emergency Services Network in Brazil: a critical analysis
Alzira de Oliveira Jorge, Ana Augusta Pires Coutinho, Ana Paula Silva Cavalcante, Andersom Messias Silva Fagundes, Cláudia Carvalho Pequeno, Maria do Carmo, Paulo de Tarso Monteiro Abrahão
- 146** **Saúde Sem Limite: implantação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência**
Healthcare Without Limits: deployment of Health Care Network for people with Disabilities
Vera Lucia Ferreira Mendes
- 153** **Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde**
Live Networks: multiplicities turning beings, signals from the streets. Implications for care production and the production of knowledge in health
Emerson Elias Merhy, Maria Paula Cerqueira Gomes, Erminia Silva, Maria de Fátima Lima Santos, Kathleen Tereza da Cruz, Túlio Batista Franco
- 165** **Contribuição para a análise da implantação de Redes de Atenção à Saúde no SUS**
Contribution for the analysis of the implementation of Health Care Networks in SUS
Silvio Fernandes da Silva
- 177** **Financiamento e governança em saúde: um ensaio a partir do cotidiano**
Healthcare financing and governance: an essay considering daily routine
Luna Bouzada Flores Viana, Rodrigo Lino de Brito, Fausto Pereira dos Santos
- 190** **O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil**
Mais Médicos Program and Health Care Networks in Brazil
Joaquín Molina, Julio Suárez, Lucimar R. Coser Cannon, Glauco Oliveira, Maria Alice Fortunato
- 202** **Programa SOS Emergências: uma alternativa de gestão e gerência para as grandes emergências do Sistema Único de Saúde**
SOS Emergências Program: a management alternative to Unified Health System's great emergencies
Luíz Carlos de Oliveira Cecílio, Ana Augusta Pires Coutinho, Fernanda Luiza Hamze, Alexsandra Freire da Silva, Lorayne Andrade Batista, Anna Paula Hormes de Carvalho

O processo da construção de Redes de Atenção à Saúde

O CONCEITO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) não é novo e já estava contido na Constituição Federal, no seu artigo 198, que dispõe que “as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (...)”.

As RAS devem ser entendidas como a organização dinâmica e horizontal dos serviços, tendo como princípio fundamental o acesso e como centro de comunicação a Atenção Primária à Saúde, permitindo oferecer atenção contínua e integral a determinada população de um território. Muitos autores usam a imagem muito oportuna de que a rede deverá se comprometer com a prestação de cuidados de saúde no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

A horizontalidade das relações entre os pontos de atenção, objetivando oferta de atenção contínua e integral; o consequente fortalecimento da Atenção Básica como centro de comunicação e o acompanhamento do usuário durante seu percurso nos serviços de saúde; o cuidado multiprofissional e a busca de resultados na saúde, que faça sentido na vida das pessoas. Sob essa perspectiva, as RAS são responsáveis pelos resultados sanitários e econômicos relativos à saúde da população do território e devem ser estruturadas segundo alguns princípios fundamentais de organização dos serviços de saúde e numa relação dialética entre eles.

O processo de implantação das RAS, concebido e anunciado nos últimos anos do Governo Lula e iniciado em 2011, já no Governo Dilma, é fruto de um acordo tripartite entre as três esferas de gestão e representa um avanço na organização do Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio das RAS, o princípio constitucional da integralidade adquire concretude, materializando-se por meio das conexões e da integração das ações e dos serviços de saúde nos diversos territórios, articulados de forma supramunicipal.

A fragmentação do processo de atenção em saúde tem sido apontada como importante responsável pela baixa qualidade e pela dificuldade de acesso. Entre os objetivos das RAS, deve ser valorizado o potencial de ruptura da situação de fragmentação.

A chamada governança das RAS é um processo complexo por romper as estruturas formais das responsabilidades administrativas e incorporar dimensões territoriais nem sempre circunscritas a apenas um município. O modelo proposto, tal como descrito na Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, é entendido como “(...) a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da rede.”. Trata-se de uma construção inovadora no âmbito do SUS, entretanto, profundamente coerente com a condição de unicidade de nosso sistema de saúde.

A iniciativa da SAS e do Cebes, ao lançar esse número da revista 'Divulgação em Saúde para Debate', não apenas pretende apresentar o que vem sendo desenvolvido nas recentes políticas do SUS com relação às RAS, mas, através das análises e dos relatos de experiências, propiciar um debate consequente acerca da consolidação dessa estratégia que avança na implementação do SUS. Dessa forma, o esperado é que este número seja uma referência importante para o campo da saúde coletiva e para o setor saúde e que, particularmente, possa servir aos gestores, profissionais de saúde e equipes que operam os serviços de saúde em todo o País.

Ana Maria Costa

Presidenta do Cebes

Fausto Pereira dos Santos

Secretário de Atenção à Saúde – SAS/MS

Health Care Networks construction process

THE CONCEPT OF HEALTH CARE NETWORKS (RAS) is not new and was already inserted on the Federal Constitution, on its article 198, which states that “public health actions and services integrate a regionalized and hierarchized network and compose an unified system (...)”.

The Health Care Networks have to be understood as the dynamic and horizontal organization of services, having the access as a fundamental principle and Primary Health Care as a communication centre, allowing the offering of continuous and integral care to a certain population in a territory. Many authors use the image that the network should be committed to providing health care at the right time, in the right place, with the right cost and the right quality.

The relation horizontality between attention points, aimed on a continuous and integral care offer; the consequent strengthening of Primary Care as a communication centre and the follow up of the user during their way in health services; multiprofessional care and the search for results in health, that make sense on people’s lives. Under this perspective, Health Care Networks are responsible for the sanitary and economic results related to local population health and should be structured according to some fundamental health services organization principles and to a dialectic relation between them.

The deployment process of Health Care Networks, conceived and announced in the last years of Lula government and started in 2011, in Dilma government, is a product of a tripartite agreement among the three management spheres and represents an advance on the organization of the Unified Health System (SUS). Through the Health Care Networks, the constitutional principle of integrality gets concrete, being materialized via connections and integration of health actions and services in many territories, articulated in a supra municipal way.

The fragmentation of health care process has been pointed out as an important responsible for low quality and access difficulty. Among Health Care Networks objectives, the fragmentation situation rupture potential must receive its value.

The so-called Health Care Networks governance is a complex process because it ruptures the formal administrative responsibilities and incorporates territorial dimensions that are not always limited to one municipality. The proposed model, as described on the ordinance 4.279, from December 30th, 2010, is understood as “(...) the intervention capacity that involves different players, mechanisms and procedures to shared network regional management.”. It is an innovative construction in SUS area, but profoundly coherent with the unity condition of our health system.

The initiative of SAS and Cebes, when publishing this edition of ‘Divulgação em Saúde

para Debate' magazine, intends not only to present what is being developed on recent SUS policies related to Health Care Networks, but through the analyses and the experience reports, foster a consequent debate about the consolidation of this strategy that advances in SUS deployment. Thus, the expected is that this number becomes an important reference to collective health field and to health sector and that it may serve specially to managers, health professionals and teams that operate health services in the whole country.

Ana Maria Costa

Cebes president

Fausto Pereira dos Santos

Health Care Secretary – SAS/MS

Apresentação

O PRESENTE NÚMERO DA REVISTA DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE apresenta um conjunto de artigos sobre Redes de Atenção à Saúde e é fruto de uma parceria entre o Cebes e a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde. Seu objetivo é mostrar o estado da arte da importante tarefa de implementação das Redes de Saúde no Brasil.

O primeiro artigo para debate é de autoria de Helvécio Miranda Magalhães Junior, cujo título é ‘Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade’. Propõe o debate a respeito de um tema contemporâneo para o Sistema Único de Saúde (SUS), que é, também, um de seus grandes desafios no campo da atenção: as Redes de Atenção à Saúde (RAS). A partir de uma análise sobre a trajetória do SUS, nos seus 25 anos, aponta a questão da fragmentação como uma marca e as dificuldades de realizar um planejamento inteligente e real. Para intervir sobre esse problema, o autor retoma as referências à construção teórica das RAS no mundo e no Brasil e apresenta o estado da arte da prática e da implementação das RAS no País, com ênfase no esforço dos últimos três anos de gestão do SUS. Mediante essa experiência, analisa os desafios para a sua real implantação nesse tempo histórico do SUS.

O primeiro comentário sobre o artigo de Helvécio é de autoria de Eugênio Vilaça Mendes, que exalta a capacidade do autor como um profissional híbrido que junta, numa só pessoa, uma sólida capacidade de formulação e de execução de políticas de saúde. Tem sido, ao longo de sua vida, ao mesmo tempo, um intelectual refinado e um gestor competente e tenaz nas várias instituições do SUS em que atuou.

Na sequência, o breve comentário de José Carvalho de Noronha, sob o título ‘Redes integradas de cuidados e a pesquisa necessária’, apresenta uma abrangente revisão da base conceitual e das ações implementadas entre 2011 e 2014, no Brasil. Deixa claro o quanto se avançou na compreensão das necessárias mudanças do modelo assistencial do sistema de saúde brasileiro e na sua implementação, bem como nos desafios colocados pelo processo.

Finalizando os comentários do primeiro artigo, dois autores – Wilson Alecrim e Beatriz Figueiredo Dobashi, respectivamente, atual e ex-presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) – tecem considerações sobre a situação do processo de implantação das RAS nas diversas regiões brasileiras, apontando sugestões para o enfrentamento dos desafios existentes, as quais incluem: a adoção de uma política de Educação Permanente; o resgate da solidariedade entre os gestores, conforme previsto nos preceitos da Constituição Federal Brasileira; a melhoria do financiamento de forma tripartite; o resgate do processo de planejamento em nível regional; bem como o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado.

O segundo artigo analisa os avanços na implementação da assistência às mulheres gestantes e aos recém-nascidos, cujo título é ‘Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais’. Seus autores, Dário Frederico Pasche, Maria Esther de Albuquerque Vilela, Miriam Di Giovanni, Paulo Vicente Bonilha Almeida e Thereza de Lamare Franco Netto, assinalam que, apesar das mudanças constatadas no Brasil, nos últimos anos, a redução das mortalidades materna e infantil tem sido uma preocupação importante da saúde pública

mundial nas últimas décadas, admitindo que os índices brasileiros ainda são altos considerando o nível de desenvolvimento do País.

A política governamental da Rede Cegonha tem sido a estratégia para enfrentamento do problema da redução das mortalidades materna e infantil e está baseada na qualificação das ações e dos serviços de saúde. Analisam os desafios interpostos com relação a mudanças no modelo tecnoassistencial da atenção obstétrica e neonatal vigente e no paradigma cultural relacionado ao parto/nascimento construído no seio da sociedade brasileira.

Em seguida, o artigo ‘Violência contra a mulher: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2011’, de Eneida Anjos Paiva, Marta Alves da Silva, Alice Cristina Medeiros das Neves, Marcio Denis Medeiros Mascarenhas, Thereza de Lamare Franco Netto e Deborah Carvalho Malta, partem da constatação de que a violência contra a mulher é considerada uma questão complexa e multifacetada, que viola os direitos humanos, provocando perdas significativas nas saúdes física e mental das vítimas. Realizam um estudo descritivo dos dados de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra mulheres durante o ano de 2011, em unidades de saúde. Apresentam análises sobre a Razão de Prevalência das variáveis selecionadas por faixa etária (20 a 39 anos e 40 a 59 anos), bem como análise segundo o tipo de violência praticada. Mediante os resultados encontrados, concluem que a notificação da violência doméstica ainda é um processo recente, estando, ainda, em implantação nas unidades da Federação. Indicam que o uso de álcool pelo agressor é frequente e que a violência é um fenômeno que se repete. O artigo conclui que a violência contra as mulheres é, na maioria das vezes, praticada pelos parceiros íntimos e que a notificação é um importante instrumento que visa ao enfrentamento desses casos, objetivando eliminar a desigualdade de gênero.

Em seguida, o artigo ‘Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes’, com autoria de Jaqueline Tavares de Assis, Cláudio Antônio Barreiros, Andréa Borghi Moreira Jacinto, Roberto Tykanori Kinoshita, Pedro de Lemos Macdowell, Taia Duarte Mota, Fernanda Nicácio, Mariana da Costa Schorn, Isadora Simões de Souza e Alexandre Teixeira Trino, apresenta uma perspectiva do momento atual da política de saúde mental, desde o ponto de vista da Coordenação de Saúde Mental, considerando o quadriênio 2011-2014, e apontando algumas direções futuras.

O artigo seguinte, das autoras Patrícia Sampaio Chueiri, Erno Harzheim, Heide Gauche e Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos, com o título ‘Pessoas com doenças crônicas, as Redes de Atenção e a Atenção Primária à Saúde’, analisa os desafios impostos ao SUS pelas mudanças do perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico da população. Os autores dão ênfase às estratégias para o cuidado das pessoas com doenças crônicas e aos tensionamentos que essas provocam no sistema de saúde, tanto com relação à sua macro-organização (gestão compartilhada, regulação, regionalização) quanto à micro-organização, ou seja, àquelas relacionadas ao processo de trabalho das equipes de atenção direta. Sob essa perspectiva, analisam as ações e políticas que o Ministério da Saúde vem adotando, articuladas ao processo de formação de redes regionalizadas de atenção à saúde, o papel dos estados, o fortalecimento e o papel da APS no cuidado das pessoas com doenças crônicas.

Para a abordagem da rede de urgências e emergências, o artigo ‘Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica’, sob a autoria de Alzira de Oliveira Jorge, Ana Augusta Pires Coutinho, Ana Paula Silva Cavalcante, Andersom Messias Silva Fagundes, Cláudia Carvalho Pequeno, Maria do Carmo e Paulo de Tarso Monteiro Abrahão, descreve e analisa o processo de implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) nas regiões de saúde brasileiras, buscando identificar os fatores facilitadores e dificultadores da sua efetivação, de modo a

contribuir para a avaliação dessa política.

O artigo seguinte, de Vera Lucia Ferreira Mendes, analisa o tema das pessoas com deficiências e o programa governamental proposto para esse grupo populacional. ‘Saúde Sem Limite: implantação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência’ apresenta a política pública estruturante do SUS, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência fundamentada no reconhecimento de um direito social fundamental das pessoas com deficiência. A autora apresenta e analisa os desafios e as responsabilidades quanto aos modos de produzir cuidados e acesso qualificado à saúde para as pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, por meio da construção de linhas de cuidado que atravessam os vários componentes da atenção à saúde.

O próximo artigo reúne um conjunto de autores. São eles: Emerson Elias Merhy, Maria Paula Cerqueira Gomes, Erminia Silva, Maria de Fátima Lima Santos, Kathleen Tereza da Cruz e Tulio Batista Franco. Sob o título ‘Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde’, o artigo analisa experiências recolhidas por um grupo de pesquisadores vinculados à Micropolítica do Trabalho e ao Cuidado em Saúde, da Pós-Graduação de Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a partir de suas investigações sobre a produção do cuidado em saúde, em diferentes contextos de práticas.

O artigo ‘Contribuição para a análise da implantação de Redes de Atenção à Saúde no SUS’, de autoria de Silvio Fernandes da Silva, analisa a implantação das RAS com ênfase nas regiões de saúde, chamando atenção para a importância de atores locais com adequado perfil de competência e implicados com a implementação. Para o autor, a proeminência do tema RAS na agenda do SUS favorece o delineamento de uma imagem-objetivo no processo de planejamento regional.

‘Financiamento e governança em saúde: um ensaio a partir do cotidiano’, de autoria de Luna Bouzada Flores Viana, Rodrigo Lino de Brito e Fausto Pereira dos Santos, faz uma revisão ampla da literatura existente sobre financiamento em saúde, agregando reflexões sobre o tema à luz do conceito de governança. As reflexões são elaboradas a partir das experiências vividas com o cotidiano da gestão da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde.

Na sequência, os autores Joaquín Molina, Julio Suárez, Lucimar R. Coser Cannon, Glauco Oliveira e Maria Alice Fortunato discutem aspectos da cooperação entre a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o Programa Mais Médicos (PMM), debruçando-se sobre os mandatos dos Estados-Membros da Organização para a cooperação técnica no desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde e a Cooperação Sul-Sul, ao mesmo tempo que o vincula aos elementos conceituais e da política nacional brasileira de desenvolvimento do SUS no artigo ‘O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil’.

Discorrem os autores sobre a relevância do PMM – na medida em que incrementou o número de médicos atuantes no SUS, especificamente, na Atenção Básica, nos municípios mais vulneráveis – e seu impacto na garantia do direito à saúde da população, com a melhoria da atenção primária e das redes integradas de serviços de saúde.

Este número finaliza com o artigo ‘Programa SOS Emergências: uma alternativa de gestão e gerência para as grandes emergências do Sistema Único de Saúde’, dos autores Luíz Carlos de Oliveira Cecílio, Ana Augusta Pires Coutinho, Fernanda Luíza Hamze, Alessandra Freire da Silva, Lorayne Andrade Batista e Anna Paula Hormes de Carvalho.

Trata-se de um relato da experiência de implantação do Programa SOS Emergências, do Ministério da Saúde, que analisa e discute criticamente sua formulação e implantação, apresentando os resultados alcançados até o presente momento. O Programa SOS Emergências

tem alcançado resultados positivos na organização e na produção do cuidado no hospital, além de induzir à discussão do cuidado em rede. Os autores apontam a presença de muitos desafios para a qualificação dos serviços de emergências hospitalares.

Essa rica coletânea de artigos, em sua maioria, referências nas práticas e nas políticas que vem sendo implementadas no SUS, mais do que demonstrar o que vem sendo realizado, apresenta análises consistentes de estratégias que vêm sendo adotadas, resultando em um conjunto de desafios para a correção de percursos e a consolidação do direito à saúde no País por meio de um SUS de qualidade, universal e público. Convidado a mergulhar nessa leitura, certamente o leitor irá avaliar por si mesmo a riqueza das contribuições dos diversos autores que aqui compareceram.

Ana Maria Costa

Presidenta do Cebras

Presentation

THIS EDITION OF DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE MAGAZINE presents a group of articles about Health Care Networks and it is produced as a partnership between Cebes and Health Attention Secretariat, from Ministry of Health. Its objective is to show the state-of-the-art of the important task of Health networks deployment in Brazil.

The first article debated, written by Helvécio Miranda Magalhães Junior, is entitled 'Integrated Health Care Networks: towards the integrality'. It proposes the debate about a contemporary subject to the Unified Health System (SUS), which is also one of its biggest challenges on the field of care: The Health Care Networks (RAS). From an analysis of the trajectory of SUS on its 25 years, it points out the fragmentation as a characteristic and the difficulties of performing intelligent and real planning. In order to intervene on this problem, the author considers the references to the theoretical construction of RAS in Brazil and around the world, and presents the state-of-the-art of both RAS practice and implementation in the country, emphasizing the effort of the last three years of SUS management. Based on this experience, he analyses the challenges to its real implementation on this historical time for SUS.

The first comment about Helvécio's article is from Eugênio Vilaça Mendes, who exalts the author's capacity as a hybrid professional who puts together in one person a solid formulation capacity and Health policy execution. Throughout his life, he has been a refined intellectual and a competent manager, tenacious on the various SUS institutions he has acted in.

On sequence, the brief comment by José Carvalho de Noronha, entitled 'Integrated care networks and necessary research', presents a comprehensive review of the conceptual basis and of the actions implemented in Brazil between 2011 and 2014. It clarifies how much advance happened on the comprehension of the changes needed on the assistance model of Brazilian health system and its implementation, and on the challenges put by the process.

Closing the comments on the first article, two authors – Wilson Alecrim and Beatriz Figueiredo Dobashi, respectively the current and former presidents of the National Council of Health Secretaries (Conass) – express considerations about the situation of the RAS deployment process on the different regions of Brazil, pointing out suggestions to tackle the existing challenges, which include: the adoption of a Permanent Education policy; the reestablishment of solidarity between managers, as described by Brazilian Federal Constitution; the improvement of tri-part funding; restore the planning process in a regional level; the strengthening of Primary Health Care (APS) as care ordinator.

The second article analyses the advances in implementation of care to pregnant women and new-borns, and is entitled 'Rede Cegonha: challenges of cultural changes in obstetric and neonatal practices'. Its authors, Dário Frederico Pasche, Maria Esther de Albuquerque Vilela, Miriam Di Giovanni, Paulo Vicente Bonilha Almeida and Thereza de Lamare Fanco Netto, signal that, despite the changes seen in Brazil on the last years, the reduction of mother and children deaths has been an important worldwide public health concern in the last decades, acknowledging that Brazilian rates are still high, considering the country's development level.

The governmental policy of Rede Cegonha has been the strategy to confront the problem of child and mother deaths, and is based on the qualifying of Health actions and services. The authors analyse the challenges brought in relation to the changes on the current

tecnossistencial obstetrical and neonatal care model and on the cultural paradigm related to labor/birth built within Brazilian society.

Next, the article 'Violence against women: analysis of the reports made in the health sector - Brazil, 2011', by Eneida Anjos Paiva, Marta Alves da Silva, Alice Cristina Medeiros, Marcio Denis Medeiros Mascarenhas, Thereza de Lamare Franco Netto and Deborah Carvalho Malta, starts from the finding that violence against women is considered a complex and multifaceted question that violates human rights, causing considerable losses on both the victims' physical and mental health.

The authors perform a discretionary study of data from reports of domestic, sexual or other violence types against women during 2011, in health care units. They present analyses about the Prevalence Ratio of the selected variables by age group (20 to 39 and 40 to 59 years old), as an analysis by type of violence. From the found results, they conclude that domestic violence report is still a recent process, being implemented on federative units. They indicate that the use of alcohol by the aggressor is frequent and that violence is a repeating phenomenon. The article concludes that violence against women is, on the majority of cases, practiced by life partners and that reporting is an important instrument that aims on confronting these cases, with the objective of eliminating gender inequality.

The next article, 'Mental health policy on the new context of the Unified Health System: regions and networks', written by Jaqueline Tavares de Assis, Cláudio Antônio Barreiros, Andréa Borghi Moreira Jacinto, Roberto Tykanori Kinoshita, Pedro de Lemos Macdowell, Taia Duarte Mota, Fernanda Nicácio, Mariana da Costa Schorn, Isadora Simões de Souza and Alexandre Teixeira Trino, presents a perspective of the current moment for mental health, from the point of view of Mental Health Coordination, considering the 2011-2014 quadrennium and point some future directions.

Written by Patrícia Sampaio Chueiri, Erno Harzheim, Heide Gauche and Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos, the article 'Chronic diseases, Health Care Networks and Primary Health Care' analyses the challenges imposed to SUS by changes on the population's socioeconomic, demographic and epidemiologic profile. The authors emphasize strategies for providing care to people with chronic diseases and for the pressures they cause on the health system, related to both its macro-organization (shared management, regulation, regionalization) and its micro-organization, as in pressures related to the work process of direct attention teams. Under this perspective, they analyse the actions and policies being adopted by the Ministry of Health, linked to the formation process of regionalized Health Care Networks, the role of the states and the strengthening and role of the APS on the care of people with chronic diseases.

The article 'Understanding the challenges for implementation of the Urgency and Emergency Services Network in Brazil: a critical analysis', written by Alzira de Oliveira Jorge, Ana Augusta Pires Coutinho, Ana Paula Silva Cavalcante, Andersom Messias Silva Fagundes, Cláudia Carvalho Pequeno, Maria do Carmo and Paulo de Tarso Monteiro Abrahão describes and analyses the deployment process of Urgencies and Emergencies Attention Network (RUE) on Brazilian health regions, having as goal identifying the facilitator and complicator factors of its effectuation, in order to contribute to the evaluation of this policy.

The next article, by Vera Lucia Ferreira Mendes, analyses the theme of people with disabilities and the proposed governmental program for this group of the population. 'Healthcare Without Limits: deployment of Health Care Network for People with Disabilities' presents the structuring public policy of SUS, Health Care Network for people with disabilities, based on the recognition of a fundamental social right for people with disabilities. The author presents and analyses the challenges and responsibilities related to the mode of producing care and qualified access to health for people with disabilities and reduced mobility, through

the construction of care line that move throughout the various health care components.

The article 'Live Networks: multiplicities turning beings, signals from the streets. Implications for care production and the production of knowledge in health' has a group of authors, those being: Emerson Elias Merhy, Maria Paula Cerqueira Gomes, Erminia Silva, Maria de Fátima Lima Santos, Kathleen Tereza da Cruz and Tulio Batista Franco. The article analyses experiences gathered by a group of researchers linked to Work Micropolicy and Health Care, from post-graduation on Medical Clinics of UFRJ, from their investigations on the production of health care, on different practice contexts.

The article 'Contribution for the analysis of the implementation of Health Care Networks in SUS', from Silvio Fernandes da Silva, analyses the importance of RAS, with emphasis on health regions, calling attention to the importance of local players with an adequate competence profile, committed to the deployment. For the author, the proeminence of RAS on the agenda of SUS favours the draft of an image-objective to the process of regional planning.

'Healthcare financing and governance: an essay considering daily routine', from Luna Bouzada Flores Viana, Rodrigo Lino de Brito and Fausto Pereira dos Santos, broadly revises the existent literature about health funding, adding reflexions about the subject under the concept of governance. The reflexions are built from the experiences lived on the everyday management of Health Attention Secretariat, from Ministry of Health.

Next, the authors Joaquín Molina, Julio Suárez, Lucimar R. Coser Cannon, Glauco Oliveira and Maria Alice Fortunato discuss the aspects of the cooperation between the Pan-American Health Organization (Opas) and Mais Médicos Program (PMM), considering the terms of office of the member-states of the organization for the technical cooperation on the development health systems and services, and the South-South Cooperation, at the same time it links it to the conceptual elements from Brazilian national policy for SUS development on the article 'Mais Médicos Program and Health Care Networks in Brazil'.

The authors talk about PMM's relevance – as it increased the number of acting doctors in SUS, specifically on primary care, in the most vulnerable municipalities – and its impact on guaranteeing the population's right to health, by improving primary care and integrated health services networks.

This edition is closed with the article 'SOS Emergency Program: a management alternative to Unified Health System's great emergencies', from the authors Luíz Carlos de Oliveira Cecílio, Ana Augusta Pires Coutinho, Fernanda Luiza Hamze, Alexsandra Freire da Silva, Lorayne Andrade Batista and Anna Paula Hormes de Carvalho.

It is related to the report of the deployment experience of SOS Emergencies program, from the Ministry of Health, which critically analyses and discusses its formulation and deployment, presenting the results reached until the present moment. SOS Emergencies Program has reached positive results on the organization and production of in-hospital care, besides inducing the discussion of network care. The authors point out the presence of many challenges for the qualifying of hospital emergency services.

This rich gathering of articles, composed mostly by references on practices and policies currently being deployed on SUS, presents consistent analyses of strategies being adopted, resulting on a group of challenges for the correction of paths and the consolidation of the right to health in the country through a quality SUS, public and universal. Invited to dive into this reading, the reader will certainly realize by themselves, the rich contributions made by the present authors.

Ana Maria Costa
Cebes president

Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade

Health Care Networks: towards the integrality

Helvécio Miranda Magalhães Junior¹

RESUMO Neste artigo, temos o objetivo de contribuir para o debate a respeito de um tema contemporâneo para o Sistema Único de Saúde, e que é, também, um de seus grandes desafios no campo da atenção: as Redes de Atenção à Saúde (RAS). A abordagem será estruturada a partir de: 1) trajetória do SUS nos seus 25 anos, constatação da sua fragmentação como marca e dificuldades de planejamento inteligente e real; 2) referências à construção teórica das RAS no mundo e no Brasil; 3) estado da arte da prática e da implementação das RAS no País, com ênfase no esforço dos últimos três anos de gestão do SUS; e 4) desafios para a real implantação das RAS nesse tempo histórico do SUS.

PALAVRAS-CHAVE Políticas públicas de saúde; Sistema Único de Saúde; Serviços de saúde; Integralidade em saúde.

ABSTRACT *In this article, we aim to contribute to the debate about a contemporary issue for the Brazilian national healthcare system, Sistema Único de Saúde (SUS), which is also one of its greatest challenges in the field of health care: Health Care Networks (RAS). This approach is structured based on: 1) the trajectory of the SUS throughout its 25 years, the realization of its fragmentation as a mark and the difficulties in intelligent and realistic planning; 2) references to the theoretical construction of the RAS around the world and in Brazil; 3) the state of the art of the RAS practice and implementation in the country, with emphasis on the effort of the last three years of SUS management; and 4) the challenges for the implementation of the RAS in this historic moment for the SUS.*

KEYWORDS *Health public policy; Unified Health System; Health services; Integrality in health.*

¹ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil. helveciomiranda@gmail.com

A trajetória do SUS

O processo de criação, formalização e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultado de amplo processo de mobilização social de diversos segmentos que precederam a Constituição Federal de 1988, dando origem ao atual sistema de saúde, a partir de um conjunto de serviços já existentes e de diversas origens e matizes assistenciais: universidades, serviços públicos de municípios, estados e da União, entidades filantrópicas, sindicatos rurais, serviços comunitários e serviços privados contratados pelo então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, o Inamps (LUZ, 1991; MENDES, 1993). A existência e a expansão desse conjunto de serviços, nas últimas décadas, não seguiram nenhuma lógica ou sistema de planejamento e organização, portanto, não teve por base qualquer indício do conceito de rede articulada e integrada de atenção.

É sobre essa realidade que o SUS começa a se estruturar, com a agravante da necessidade de transferência da gestão da maior parte dos serviços – centralizada no Ministério da Previdência e Assistência Social – para o Ministério da Saúde, e já, também, de forma heterogênea, para as secretarias estaduais e, algum tempo depois, para algumas secretarias municipais (COSTA 2001). Nasce, portanto, o SUS, com uma baixíssima capacidade gestora, longe das necessidades idealizadas pelos seus princípios constitucionais. A fragmentação, a concorrência, a não cooperação e o desvinculamento do processo de planejamento e gestão das necessidades de um determinado território e de sua população marcam os primeiros anos do Sistema Único de Saúde, sendo, ainda, um dos seus signos atuais. Os serviços de saúde continuavam a funcionar e a crescer por diversos impulsos, menos por necessidade planejada do que pelas pressões social e política e pelas carências reais. O SUS, que é irmão gêmeo da democracia brasileira contemporânea, ambos

filhos da mesma Constituição (BRASIL, 1988), vai se moldando, também, em um ambiente de intenso debate ideológico e político, e tem que responder rapidamente às demandas de toda a população. Afinal, e felizmente, saúde no Brasil deixa de ser formalmente um bem a ser disputado majoritariamente no espaço dos mercados, seja por prestação de serviços públicos aos trabalhadores formais, beneficiários do Inamps, seja pela oferta já em expansão dos planos privados de assistência à saúde, coexistindo com prestação de serviços assistenciais e de saúde pública a várias parcelas da população, antes denominada indigente (BUSS, 1995).

Há um processo, nos primeiros anos desde a criação do SUS, iniciado na década de 1990, que ampliou, de forma significativa, os serviços públicos: primeiro, a implantação e a rápida expansão do Programa de Saúde da Família, como forma de ampliação da Atenção Básica, já em curso nos municípios, preferencialmente; e, depois, o processo ousado da municipalização da gestão dos serviços de saúde (SILVA, 2009). Dois movimentos que deram vida real ao SUS, mas que, de alguma forma, reforçaram – com a timidez das secretarias estaduais em organizar regiões ou redes de saúde e a dificuldade de planejamento central do Ministério da Saúde nas suas políticas indutoras centrais – o caráter fragmentado do sistema de saúde. Essa herança foi fortalecida pelo crescimento do setor privado, respondendo a outra lógica, que não a baseada em algum planejamento racional, e com processos às vezes rápidos de credenciamentos de serviços ambulatoriais e hospitalares, em especial, nos grandes centros, e já em simbiose com a saúde suplementar, tornando mais complexo o ambiente para a boa gestão pública.

Outro aspecto relevante, com diversas constatações, é da oferta, respondendo majoritariamente às demandas espontâneas, baseadas em eventos agudos de saúde, sem clareza de fluxos entre os serviços, com

predomínio da oferta hospitalar em todos os eixos da assistência, sem lógica regional e com poucos indícios de regulação pública. Apenas a partir do início, em 1994, das chamadas gestões municipais semiplenas (MAGALHÃES JUNIOR, 2010) e de algumas iniciativas tímidas em alguns estados é que foi iniciado um ciclo de maior reflexão, planejamento e operação, com lógica sistêmica do sistema de saúde, tendo como base fluxos organizados e algumas ferramentas regulatórias. Exemplo disso é a necessidade, para o uso da assistência especializada, de encaminhamentos a partir dos serviços básicos, situação que ainda persiste em boa parte do País. Compõe esse ambiente a herança de programas verticais, a tentativa dos grandes hospitais de se portarem sempre como um sistema completo de saúde, apartado dos demais serviços, tendo como exemplo máximo os Hospitais Universitários Federais e o padrão e formato hegemônicos de financiamento público, que, além de histórica e atualizadamente insuficiente, vêm privilegiando e estimulando o pagamento de procedimentos, baseado numa tabela federal, dificultando o estímulo ao financiamento de processos de cuidado integral e com resultados individuais e coletivos. Esse é um impasse contemporâneo e desafiador do SUS nestes tempos, em que se pesem os esforços recentes de mudança de padrão, como será discutido neste texto.

O arcabouço teórico das RAS

A fragmentação do SUS como uma situação hegemônica impede, concretamente, o sistema de, primeiramente, ser de verdade um sistema e cumprir com seus princípios constitucionais de universalidade, integralidade e igualdade, além do caráter descentralizado e com participação popular. E a chance de ter todos esses atributos passa, inicialmente, pelo cumprimento do artigo 198 da CF, que dispõe que “as ações e os

serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um único sistema (...)” (BRASIL, 1988). Portanto, depreende-se que o conceito de rede já está contido, ou melhor, determinado pela própria Constituição. Na realidade, é o conceito de integralidade da assistência à saúde da pessoa que conforma o sistema de saúde como uma rede de serviços e relações (MATTOS, 2001; FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004).

A literatura nacional e internacional possui farta produção sobre Redes de Atenção à Saúde (RAS) e sua importância para a qualificação dos sistemas de saúde, que se justificam, entre outros argumentos, pelo aumento crescente da incidência e da prevalência das doenças crônicas, assim como pela maior possibilidade de construção da integralidade e de intervir nos custos crescentes dos sistemas de saúde (MENDES 2011; SILVA 2011). Os estudos apontam no sentido de que estruturar sistemas em redes é o mais eficiente caminho para a concretização da integralidade como princípio fundante do SUS constitucional brasileiro (SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2013).

E o que são Redes de Atenção à Saúde? Com várias redações, há convergência na adotada por Silva (2013), em que a imagem que representa

uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários e promoção da saúde. (SILVA, 2013, P.81).

Vale, também, a referência a uma Portaria do Ministério da Saúde, que, no final de 2010, estabeleceu as diretrizes para organização das RAS no âmbito do SUS, com a seguinte conceituação:

São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades

tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010).

De qualquer forma que se declare o conceito das RAS, alguns de seus elementos constitutivos devem estar sempre presentes. Começa pela constituição de relações mais horizontalizadas entre os serviços diversos, que passam a se comportar como pontos de atenção inter-relacionados e com canais permanentes de comunicação. E como ponto estratégico, a Atenção Básica fortalecida e potente, passando a ter um papel ao compartilhar o cuidado com outros pontos, como o que pode assumir certa articulação do cuidado, especialmente para os usuários com doenças crônicas e necessidade de cuidado contínuo. Ter uma equipe mais permanente é típico de serviços básicos de base territorial, que tendem a construir relações de confiança e apoio permanente com os usuários, mesmo que o seu projeto terapêutico seja, majoritariamente, executado em outros serviços. Devendo a Atenção Básica (e a nossa aposta tecnológica do formato nuclear de equipes de Saúde da Família facilita muito isso) ser territorializada, há uma grande potência para cumprir esse papel. Pacientes crônicos e complexos, geralmente, precisam de múltiplos cuidadores, mas é muito relevante e tranquilizador ter um ponto de apoio permanente. O caso mais típico é dos que têm câncer e estão sob tratamento contínuo. Tudo o que passa na vida daquela pessoa e de seu núcleo familiar é importante e desafiador. Não só a radioterapia ou a quimioterapia, a cirurgia ou o tratamento combinado. Existem inúmeras situações de demanda de outras intervenções cuidadoras tão relevantes quanto o tratamento central, como a primeira orientação sobre o posicionamento de um cateter, uma febre ou indisposição inesperada, uma dor que não existia ou até ter alguém que advogue pela boa performance do transporte sanitário ou pela brevidade

do agendamento de alguma consulta ou exame especializado. Esse é o papel relevante e decisivo sobre o bem estar das pessoas que usam continuamente o sistema, de uma espécie de gestor do cuidado e sem nenhuma arrogância de que será um ponto de cuidado superior aos demais, mas, pelas suas características territoriais, abrangentes e de continuidade, uma responsabilidade a mais e bastante adequada para a Atenção Básica forte e que realmente faça sentido para as pessoas. Um exemplo singelo: alguém que faz quimioterapia, e já sofre com isso física e psicologicamente, não precisa ter sua condição agravada com a dúvida sobre poder ou não tomar a vacina contra a gripe. Um dos membros da sua equipe de Saúde da Família pode resolver a situação, sanando a angústia adicional da pessoa. Desse modo, o próprio integrante da equipe poderá fazer contato com alguém do centro de câncer, solucionando a questão em nome do usuário, em lugar de orientar que ele mesmo busque a resposta que precisa. Esse é um exercício simples, mas altamente impactante de rede de atenção, cada vez mais uma rede de comunicação e defesa do direito do usuário.

Para dar conta desse fluxo acertado, são necessários a clara definição e o conhecimento público da missão assistencial de cada ponto de atenção, hoje mais chamada de carta de serviços e compromissos, bem como dos fluxos bem claros e do papel ordenador e facilitador do aparato regulatório público. Esse não pode ser apenas o arauto de uma burocracia sem sentido algum. A partir do estabelecimento desse mapa do caminho para os usuários em todas as suas demandas e necessidades – dos fluxos, dos prazos planejados e do padrão de resposta, em mão dupla na relação entre os serviços –, as estruturas regulatórias passam a ter um papel da defesa dos direitos e necessidades reais dos usuários e de monitoramento do funcionamento da rede, com insumos permanentes ao gestor ou aos gestores de saúde para as suas intervenções.

Para isso funcionar razoavelmente, além do acerto prévio e pactuado, há de se ter no conceito e na prática da operação um sistema de informação que suporte o funcionamento em ato contínuo da rede. Por isso, o tema do prontuário eletrônico de uso compartilhado pelas várias equipes do sistema, com número identificador permanente, é tão vital como insumo para a rede quanto ter equipes de cuidado suficientes em todas as ofertas tecnológicas. O mesmo se pode dizer de um sistema regulado de transporte sanitário que não pode ser esporádico e periférico, ou dos mecanismos de Educação Permanente e monitoramento de resultados esperados e previamente pactuados. O emaranhado de caminhos e possibilidades para os usuários, no atendimento às suas necessidades, tão variadas, precisa ser simplificado e verificado permanentemente.

Por fim, sem esgotar todos os elementos constitutivos, a importância, num País com as características geográficas, de dispersão ou adensamento populacional, de relação interfederativa complexa e imperfeita, do estabelecimento de regiões vivas de saúde, às vezes, dentro do mesmo grande município, mas, principalmente, a partir de relações intermunicipais. Para a imensa maioria dos cidadãos brasileiros, ter o seu direito à saúde garantido, no aspecto da integralidade, significa ter acesso a serviços em outros municípios que não o seu de origem. Tudo o que significar transbordar a atuação de uma Atenção Básica, mesmo fortalecida e resolutiva, vai exigir esse aspecto supramunicipal de rede de atenção. E o que não temos são regiões vivas de saúde no Brasil, apesar dos diversos exercícios em curso, de diferentes modalidades, e incentivadas mais recentemente pelo efeito indutor da política nacional tripartite e coordenada pelo Ministério da Saúde de implantação das RAS. Reforçada, ainda, pela coordenação interfederativa das regiões de saúde, sob o arcabouço legal do Decreto Presidencial 7805/2011 (BRASIL, 2011A), que regulamentou

alguns artigos da Lei Federal 8080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990). Essas regiões, que não invadem a competência e a prerrogativa municipal, pelo contrário, as fortalecem na garantia dos direitos de seus cidadãos, precisam sair do seu histórico aspecto meramente administrativo e burocrático para se tornarem realmente vivas, onde um território e sua população, fixa e variável, tenham equidade de acesso aos serviços e que estes se constituam em redes articuladas. Que os vazios assistenciais possam ser identificados e objeto de planejamento conjunto das três esferas federadas, e que haja um compartilhamento desafiador do planejamento integrado do setor público com o setor privado, especialmente em regiões onde é marcante esta participação privada.

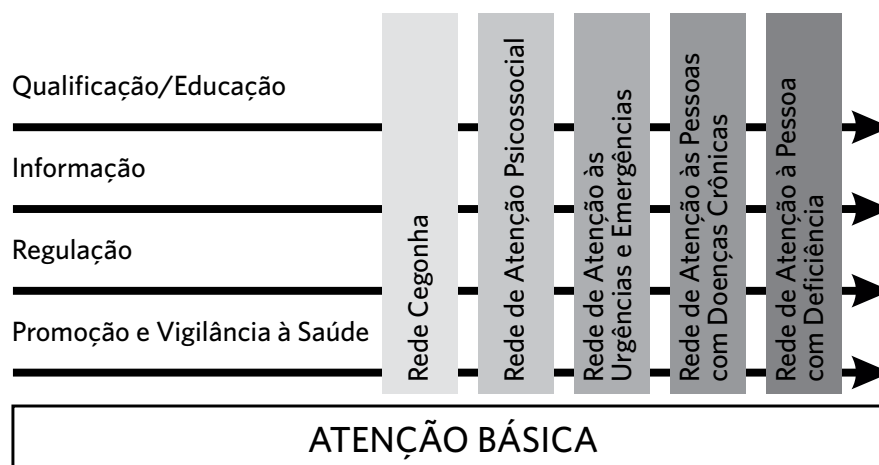
Sempre tendo a região como base territorial e a Atenção Básica como o seu centro de comunicação e articulação mais vigoroso, as RAS podem ser organizadas a partir de vários temas da atenção, que têm singularidades no seu modo de organizar o cuidado nos diferentes patamares tecnológicos. Por razões diversas, pode ser mais fácil e indutora a implantação de determinados temas em diferentes regiões, o que facilita, ao longo do tempo, a expansão para o conjunto integral da assistência. Esse formato organizativo pode ser chamado de redes temáticas ou linhas de cuidado temáticas. A ideia força das redes temáticas é a capacidade indutora de determinados temas para a organização do conjunto das RAS. Podem ser exemplos desses temas a questão da urgência e emergência, as doenças crônicas no seu conjunto ou em determinados grupamentos de patologias, a assistência obstétrica e neonatal e a rede de atenção da saúde mental. Importante lembrar que um determinado serviço, ou ponto de atenção, vai se conformando como ponto de atenção de vários temas, como os hospitais e os grandes serviços ambulatoriais de referência especializada, com a imagem de transversalidade, quando olhado de fora da rede, e como plataforma de busca de

integralidade do cuidado, quando olhado por dentro (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004; SILVA; MAGALHÃES JUNIOR, 2013).

Também, uma rede ou um componente temático das RAS pode ser dividido em sub-redes ou mesmo em linhas de cuidado, sem a preocupação da definição semântica. Um exemplo para isso: as doenças crônicas, ainda que com componentes ou fatores de risco em comum, têm determinantes e necessidades propedêuticas e de tratamento próprias. Portanto, o que é plataforma comum pode

ser chamada de rede temática das doenças crônicas, e as doenças cardiovasculares uma linha de cuidado específica, assim como as doenças renais ou as respiratórias. A força está em organizar tecnologicamente o conjunto de serviços com o que pode potencializar o cuidado contínuo e qualificado, admitindo particularidades e aspectos específicos que podem exigir diferentes ofertas assistenciais. Uma figura síntese está disposta abaixo, e demonstra essa proposta de articulação de processos e ações.

Figura 1. Redes temáticas de atenção à saúde



Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde / SAS/ MS

Um breve relato da experiência desses últimos três anos no Ministério da Saúde, no esforço de implantar as RAS

Já foi citado, em momento anterior deste texto, que após a pactuação entre o Ministério da Saúde, os estados e os municípios, em 30

de dezembro de 2010, foi publicada uma portaria que sintetizou o esforço de consolidação conceitual e os pontos de propostas operacionais para a implantação das RAS, efetivamente, no SUS (BRASIL, 2010), a partir de um conjunto de discussões mediadas e sistematizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), tendo experiências internacionais e algumas brasileiras como referencial (OPAS, 2008). Ao assumir a nova gestão do

MS, tomou-se a iniciativa política de trazer para o centro da política de atenção à saúde a implantação das RAS, sem a preocupação de publicar ou ter a autoria normativa, mas utilizando o contido na referida portaria. Sob o lema de acesso e qualidade, a implantação das RAS se articulou e compartilhou a prioridade política da gestão com o fortalecimento da Atenção Básica, com vários movimentos vigorosos e ampliação substancial de orçamento. Desde então, a Atenção Básica renovada e as RAS passaram a ser a principal agenda assistencial no SUS.

Sendo um momento inicial de implantação das RAS como política estruturante do SUS, do ponto de vista assistencial, e de pouca prática institucional interfederativa nesse processo, foi discutida com estados e municípios a necessidade de serem priorizados alguns temas para as RAS. A escolha se deu por razões de prioridade epidemiológica e assistencial, como no caso da assistência obstétrica e neonatal (com o nome simbólico de Rede Cegonha) em todas as suas fases, e por compromissos públicos assumidos pelo novo governo, como o tema da urgência e emergência. Assim, num fluxo contínuo de formulação, discussão, negociação e pactuação ampla com a representação dos estados e municípios, foram estabelecidas as seguintes redes temáticas desde o início da nova gestão do MS, em 2011:

- Rede Cegonha, Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011B);

- Rede de Prevenção e Controle do Câncer de Colo do Útero e Mama, depois ampliada para Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer pela Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 (BRASIL, 2013A), na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (PORTARIA Nº 252, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2013. BRASIL, 2013B);

- Rede de Urgência e Emergência (RUE), Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011

(BRASIL, 2011C);

- Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (RAPS), Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011D);

- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limite), Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012).

Por razões relacionadas à capacidade operacional e orçamentária do MS, dos estados e municípios, em cada uma das redes foi definida uma estratégia, que contemplaria, ao longo dos próximos anos, todo o País. As redes também teriam uma estrutura com componentes variados e lógicas próprias de implantação pela singularidade de sua constituição. E em todas as situações, tendo como base a mesma região de saúde, definição essa em constante mutação e decidida livremente pelos estados e municípios, pactuadas nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB). A seguir, um breve relato de cada uma das redes temáticas que foram pactuadas e passaram a ser implantadas de 2011 a 2014. Neste relato, são apresentadas informações e dados contidos em publicação da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) sobre a implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras Estratégias (BRASIL, 2014A).

Governança das RAS

A governança das RAS está descrita na Portaria 4.279 como:

Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégia nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão

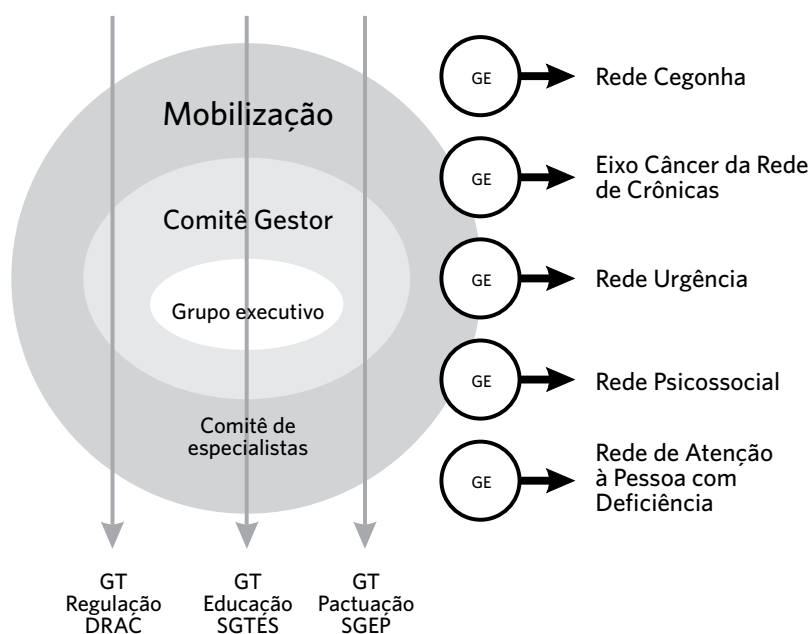
necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações (BRASIL, 2010).

O processo de formulação das redes temáticas buscou traduzir esse atributo como um dos instrumentos para a sua gestão e operacionalização, com um conceito central de governança pública, com nova relação entre os entes federados e destes com os prestadores públicos e privados, assim como atores da sociedade civil. Essa opção conceitual está nas diretrizes da política nacional de regulação como um dos mecanismos de governança. A sua parte institucional se consolida com o Decreto 7.508 (BRASIL, 2011), nas instâncias gestoras do SUS, por meio do reconhecimento formal das comissões intergestores regionais (CIR), estaduais (CIB) e a nacional tripartite (CIT), incluindo, também, o contrato organizativo de ação pública (Coap) como mais

um instrumento de fechamento formal das pactuações regionais realizadas (SANTOS, 2013).

O principal dispositivo no campo gerencial foi a instituição dos grupos condutores das redes temáticas regionais ou estaduais, onde são formulados os Planos de Ação Regional (PAR). Esses grupos têm o papel da formulação, do apoio à implantação e do monitoramento das redes temáticas. Outro arranjo foi dado pela Portaria 1.473, de 24 de julho de 2011 (BRASIL, 2011E), que instituiu os comitês gestores, grupos executivos, grupos transversais e comitês de mobilização social e de especialistas. A intenção desse arranjo foi conformar uma estrutura federal de coordenação do processo das redes temáticas – com mais transparência, participação mais ampla e diálogo dos compromissos prioritários do governo federal – com os conceitos e operações das redes de forma matricial, compartilhada e democrática (figura 2)

Figura 2. Coordenação dos compromissos prioritários do governo nas RAS



Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde / SAS/ MS

Rede Cegonha

Apesar da tradição da saúde pública brasileira, mesmo na era pré-SUS, de tratar do tema da saúde materna e infantil incluindo o enfoque da gestação e da mortalidade infantil, a persistência da mortalidade materna em níveis muito elevados e de evidências de baixa qualidade do processo do parto e do nascimento justificaram fortemente a definição desse tema como prioridade. Com o reparo, sempre muito lembrado em todos os debates pela própria equipe do MS, dos Conselhos e do Movimento de Mulheres, de não se restringir o conjunto da saúde integral da mulher a este seu aspecto específico da gravidez e parto.

Foi processada a pactuação da Rede Cegonha, em reunião da CIT, em maio de 2011, e lançada oficialmente pela Presidenta da República (BRASIL, 2011B). Definida como prioridade, até 2014, para sua implantação em todos os seus componentes nas regiões norte e nordeste, incluída a região do semi-árido e os Vales do Jequitinhonha e Mucuri, em Minas Gerais, além das regiões metropolitanas em todo o País. Essas regiões significam 50% dos municípios e 80% das gestantes de todo o País. O componente do pré-natal, com ampliação de exames e estímulo a captação precoce das gestantes em cada território, foi universalizado para todo o País, a partir de um mecanismo de adesão mais simplificado, além da adesão automática aos municípios participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012)

Esse componente, o do pré-natal, tem potência para impactar fortemente os indicadores de mortalidade materna pela redução das gestações de alto risco, especialmente com redução das suas principais causas: infecção, hipertensão e diabetes, e começa pela ampliação dos processos de planejamento reprodutivo e pela redução de abortamento inseguro. As principais ações definidas nesse componente foram: ampliação

do financiamento para exames básicos de patologia clínica e ultrassonografia; introdução dos testes rápidos para gravidez e para sífilis e HIV; distribuição dos kits para parteiros tradicionais e indígenas; equipamentos para Unidades Básicas de Saúde (UBS) (balança antropométrica e sonar); capacitação de parteiros e de profissionais de saúde, incluindo a ampliação de residências multiprofissionais e de enfermagem obstétrica; ampliação do novo sistema de informação do pré-natal e formulação de novas diretrizes para o pré-natal, o nascimento e o puerpério, disseminadas pelos Cadernos da Atenção Básica.

O resultado desse grande esforço conjunto em todos os estados foi a adesão, até o final de 2013, de 5.488 municípios, onde estão estimadas cerca de 2,5 milhões das gestantes brasileiras, mais de 80% do seu total no SUS. Além disso, também o incentivo às ações nos dois primeiros anos de vida das crianças, com visita na primeira semana, correção e prevenção das principais carências nutricionais na primeira infância (anemia ferropriva e deficiência de vitamina A), ampliação da triagem neonatal e do incentivo ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, além da expansão da rede pública de bancos de leite.

Os componentes a seguir encontram-se no momento do parto e do nascimento: o grande esforço para que este ocorra da forma natural, sempre que possível, o que ainda é um grande desafio no País, com as cesarianas já passando dos 50% dos partos no SUS, sendo quase totalidade em alguns hospitais privados, contribuindo para uma epidemia de prematuridade e baixo peso (BRASIL, 2012B); o diagnóstico regional da oferta de serviços para parto de risco habitual e as referências com distância máxima razoável de serviços de parto de alto risco, e propostas de ampliação ou criação de maternidades, leitos de alto risco, leitos canguru, UTIs neonatais e maternas, com financiamento federal prioritário; introdução formal no SUS e financiamento de sua construção e custeio dos

Centros de Parto Normal (CPN) e das Casas da Gestante, Bebê e Puérperas (CGBP) foram dispositivos em franca implantação em todas as unidades da Federação, com financiamento federal, mais uma vez com prioridade para as regiões norte e nordeste.

Entre 2011 e 2013, foram criados e qualificados, no marco da Rede Cegonha, 847 leitos de UTI adultos para gestantes e puérperas e 2.204 leitos de UTI neonatal, além da criação de 2.020 leitos de Unidades de Cuidado Intermediário (UCI), em todo o País, com custeio adicional para essa qualificação, colocados, integralmente, sob regulação pública dos gestores locais. O esforço mais sistêmico de discussão e a aprovação dos Planos de Ação Regional (PAR), com ampla participação dos gestores, prestadores e técnicos das secretarias municipais e estaduais, além de apoio matricial do MS, resultaram, até dezembro de 2013, em 203 regiões com PAR aprovado, publicado e com recursos federais transferidos, atingindo 85% das regiões norte e nordeste e 50% das demais regiões do País, significando recursos adicionais de custeio de cerca de um bilhão de reais anualmente, alocados nos tetos financeiros de estados e municípios.

A implantação de um serviço de ouvidoria ativa foi uma inovação importante, com ligações telefônicas a todas as gestantes que fizeram parto pelo SUS, já com mais de 100 mil ligações na primeira avaliação, permitindo a identificação de problemas de estrutura e de processo a partir da lógica do usuário, incluindo: descumprimento de direitos, como do acompanhante, da visita aberta e da analgesia, além da detecção de casos de violência física e verbal, com repasse das informações aos gestores locais e instalação de processos de auditoria conforme o caso. As 32 maternidades de referência, e que concentram cerca de 50% dos casos de morte materna no SUS, foram objeto de um projeto específico de reestruturação e de mudanças de processo de trabalho, com presença de apoiador local do MS e

matriz de monitoramento de resultados. O aumento da velocidade da queda da mortalidade materna, monitorada pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), desenvolvido pelo MS, já é, certamente, resultado desse conjunto de ações da Rede Cegonha, principalmente pela mobilização em todo o País de gestores, trabalhadores e usuárias (BRASIL, 2014B). Também, o feito de atingir cinco anos antes as taxas de mortalidade infantil compromissadas pelo Brasil nos Objetivos do Milênio tem a ver com a história de esforços empreendidos nos últimos dez anos, e que foram intensificados no período de implantação da Rede Cegonha. Por se tratar das regiões e populações mais carentes, importante também foi a redução expressiva da mortalidade infantil, quando da associação da transferência de renda com as ações de saúde, impulsionadas pelo monitoramento das condicionalidades do Programa Bolsa Família, que prioriza gestantes e crianças (RASELLA, 2013; MAGALHÃES JUNIOR; JAIME; LIMA, 2013).

Rede de Urgência e Emergência (RUE)

No SUS, o tema mais discutido e objeto de maior contingente de críticas talvez seja o atendimento de urgência e emergência. Sem entrar em um diagnóstico muito profundo, o gargalo das chamadas portas de entrada das urgências no País tem algumas explicações claras, teóricas, que embasaram a construção do arcabouço da RUE e foram comprovadas pelas discussões locais, visitas a serviços e interação com gestores. Primeiro, o fluxo anormal motivado pela insuficiência de resposta da Atenção Básica, seja por seus processos de trabalho, ainda hegemônicos, que dificultam o atendimento a pacientes agudos, seja pelo pequeno arsenal tecnológico ou pela tradição de horários de funcionamento em dias úteis e período diurno. Segundo, os processos de trabalho nas portas, com fragmentação do cuidado, sem classificação de

risco, sem equipes horizontais, insegurança profissional especialmente das equipes médicas e de enfermagem, superpopulação de usuários e ambientes completamente inadequados física e tecnologicamente. Por fim, as mazelas da estrutura hospitalar como um todo, com um apartamento na unidade de urgência, dificuldade de utilização prioritária dos leitos de internação no próprio hospital ou em outras unidades e, principalmente, a atrofia de leitos de retaguarda com tecnologia de resposta compatível com a nova realidade das emergências. Ou seja, a predominância de usuários idosos, com patologias crônicas múltiplas e traumas complexos. Ademais, a dificuldade regulatória de colocar à disposição das portas de emergência, os leitos de retaguarda em outros pontos de atenção da rede, ou seja, exercitando o conceito adequado de redes e com base em dispositivos regulatórios potentes. Complica esse quadro a distribuição heterogênea e de forma frequentemente insuficiente de portas de emergência nos diversos territórios, alongando os tempos e os deslocamentos dos usuários, contribuindo para um ambiente tenso e de insatisfação.

Com base na observação, empírica ou não, dessa realidade complexa e muito grave, a RUE foi debatida exaustivamente no grupo técnico tripartite e pactuada nas suas linhas gerais em junho de 2011 (BRASIL, 2011C), com os seguintes componentes:

Componente pré-hospitalar fixo: Atenção Básica resolutiva, estimulada pelo PMAQ (BRASIL, 2011F; PINTO; SOUSA, FLORÊNCIO, 2012), e Requalifica UBS, com previsão obrigatória de sala de medicação e de observação nas UBS (BRASIL, 2013C), Salas de Estabilização (BRASIL, 2011G) e a articulação das Unidades de Pronto Atendimento – UPA (BRASIL, 2011H), que já vinham sendo implantadas pelo MS desde 2008 em pontos mais articulados da RUE. A partir de 2001, fazendo parte do Programa Federal de Aceleração do Crescimento (PAC), a definição de alocação das unidades passou a considerar o desenho da rede, os

vazios de atenção 24 horas e a possibilidade de utilização de estruturas já existentes, com reformas de unidades e hospitais. Em dezembro de 2013, havia 1.048 UPAs aprovadas pelo MS nessa metodologia, com 296 já em pleno funcionamento. Houve, também, a duplicação dos valores de custeio repassados aos gestores locais, a título de qualificação das unidades, além de viabilização de financiamento federal e atas de registros de preços para compra de equipamentos e disponibilização de projetos executivos por parte do MS, para agilização dos procedimentos locais.

Atenção Domiciliar como política pública: instituída com o nome de Melhor em Casa (BRASIL, 2013D), a implantação da Atenção Domiciliar merece um destaque pela sua potência, com os dispositivos implantados, de substituir com eficiência e humanização leitos hospitalares, ampliando o acesso dos usuários, com meta de alcançar 1.000 equipes básicas e de apoio, podendo chegar a cuidar, ao mesmo tempo, de 60.000 usuários, ou seja, cerca de um sexto dos leitos hoje disponibilizados ao SUS. Em dezembro de 2013, estavam funcionando 294 equipes básicas e 151 equipes de apoio, com uma grande avaliação positiva por parte dos usuários (PROENÇA, 2013) e com importante papel integrador da rede de urgência e da Atenção Básica.

Componente pré-hospitalar móvel – Samu 192 e centrais de regulação: completando 10 anos em 2013, o Samu foi expandido nesse período com uma característica nova: a implantação de estruturas regionais em áreas remotas o País, já que as grandes cidades (praticamente todas) já tinham seus serviços implantados (BRASIL, 2012C). No final de 2013, já eram 2.745 municípios cobertos, com 181 centrais, 2.856 bases de ambulâncias em funcionamento e cobertura populacional de cerca de 140 milhões de brasileiros. Foram estruturados, também, planos de contingência para grandes eventos ou acidentes de massa, e um dispositivo denominado Força Nacional do SUS, em parceria com estados e

municípios, que já teve atuação em diversas catástrofes, naturais ou não (BRASIL, 2011).

Componente hospitalar da RUE (BRASIL, 2011): este talvez seja o maior desafio para intervir no quadro ainda dramático de milhares de pacientes, mesmo que atendidos, mas inadequadamente alojados em macas nos corredores dos grandes hospitais ou das UPAs. Como já colocado, há uma insuficiência clara de oferta de leitos qualificados de retaguarda para as urgências no SUS, assim como no setor privado, em quase todas as localidades. E ainda com um perfil tecnológico e de composição de equipes incompatível com as necessidades atuais, incluindo a falta de oferta qualificada de profissionais médicos, em especial, em algumas especialidades mais críticas, como ortopedia, clínica, pediatria, anestesiologia e neurocirurgia. Por um processo denominado qualificação de leitos, com custeio federal bem significativo e regulação diferenciada, foram alocados no sistema mais 6.165 leitos clínicos e de trauma, e 3.527 leitos de UTI para adultos e crianças, além de custeio adicional para qualificação das portas de entrada. Apesar da relevância numérica em relação a outros períodos, é possível que, em determinadas regiões, ainda não haja sequer um quarto da necessidade de oferta real de leitos, mostrando que, apesar de adequado o dispositivo dessa tipologia de leitos de retaguarda, qualificados e regulados, no próprio hospital de urgência ou em outros pontos da rede (essa a grande inovação da RUE), há um longo caminho ainda a ser feito, desde que continuando com a política de expansão criteriosa da RUE para todo o País, com a adição de novos serviços qualificados e a formação ousada de recursos humanos. Um recorte estratégico testado, e que ainda precisa de monitoramento e avaliação, foi o chamado SOS Emergências, que intensificou o diagnóstico situacional e um plano de ação específico para cada uma das maiores emergências brasileiras, chegando ao número de 31 hospitais no final de 2013, e com resultados parciais

animadores do ponto de vista de ampliação da oferta real regulada, capacitação de equipes, introdução de novas tecnologias de cuidado, monitoramento de tempos de atendimento de performance clínica e gerencial, investimentos focados e apoio matricial permanente do MS (BRASIL, 2014A).

Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas

A intervenção civilizatória da saúde pública brasileira, nos últimos onze anos, com a chamada reforma psiquiátrica, tem relevância histórica e desvendou uma série de dispositivos, como a chamada rede substitutiva, para cuidar adequadamente e com resultados clínicos e humanos dos pacientes com sofrimento mental. A expansão vigorosa dessa rede, associada à redução de vagas em manicômios, é a demonstração dos seus efeitos positivos, já havendo milhões de procedimentos realizados e processos terapêuticos singulares implementados em milhares de usuários e usuárias, e com respeito à liberdade, à cultura e aos direitos humanos. A rede tem como foco principal, pela própria gravidade dos quadros, os transtornos esquizofrênicos e relacionados, com o desenvolvimento de conceitos e componentes importantes de redes de atenção. Entretanto, nos últimos anos, uma nova realidade epidemiológica passou a tensionar o funcionamento dessa rede e de todo o sistema de saúde. Trata-se do surgimento, em escala importante, da dependência química ao *crack* e de outras drogas, associada ao uso abusivo com dependência do álcool. O poder público e a sociedade civil se viram diante de um

grande desafio, devido ao impacto clínico e humano, no indivíduo e na família, da dependência ao *crack*.

O governo federal realinhou ações multissetoriais que já vinham sendo tentadas e propôs um programa amplo denominado ‘*Crack, é Possível Vencer*’ (nome de fantasia), para, no caso da saúde, expandir e diversificar uma rede de cuidados plural e capilarizada, com potência para atender de forma contínua os usuários ao longo de sua vida, em diferentes serviços, a partir de diferentes necessidades (BRASIL, 2014A). A grande pedra angular do programa e da rede de cuidados adotada pelo governo é a de que dependentes de *crack* e outras drogas são objeto de saúde pública e de outras políticas sociais, e não um problema de segurança ou polícia. Essa rede foi pactuada em novembro de 2011 (BRASIL, 2011D).

A demanda diversificada e em escala crescente, nos grandes e mais vistosos centros urbanos e também nos pequenos municípios, exige uma Atenção Básica atenta ao problema e capacitada para o seu diagnóstico e acompanhamento em primeiro nível, interação com a escola fundamental e média, um sistema de urgência também capacitado para o atendimento e um conjunto de serviços de retaguarda: leitos especializados de retaguarda em hospitais gerais, ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) 24 horas, com equipes capacitadas, o seu equivalente para crianças e adolescentes, Unidades de Acolhimento Transitório e apoio em instituições de mais longa permanência – as chamadas Comunidades Terapêuticas. Esses são os componentes da rede psicossocial, além de processos de qualificação amplos e desenho em cada território do conjunto da rede atual e sua projeção de necessidades para o futuro.

No final de 2013, já eram 2.067 CAPS, com mais outros 64 novos centros especializados em álcool e drogas, os CAPSAD 24 horas, além da ampliação do custeio federal para os CAPS e as Unidades de Acolhimento (UA),

do financiamento inovador de Residências Terapêuticas e Centros de Convivência e do financiamento inédito de construção de CAPS e UAs pelo MS, com recursos fundo a fundo. Essa rede também carece de muito apoio político dos gestores locais, que, mesmo aderindo formalmente ao plano nacional, tem muitas dificuldades gestoras nessa área e uma grande luta para conseguir montar equipes qualificadas, mais uma vez, com as dificuldades de oferta dos profissionais médicos. Há um longo, mas promissor caminho a ser trilhado para dotar todas as regiões do País do conjunto dos dispositivos da rede de saúde mental, consolidando a reforma psiquiátrica, reduzindo com mais velocidade os leitos psiquiátricos de crônicos e dando segurança às famílias no cuidado quando necessário.

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: Viver Sem Limite

Com toda certeza, uma das maiores dívidas do SUS nessa sua curta história é a de oferta de serviços para pessoas com deficiência – e há mais de 26 milhões de brasileiros e brasileiras com uma ou mais deficiência moderada ou grave. E, mais uma vez, uma ação governamental intersetorial, com inúmeros ministérios e órgãos envolvidos, encontrou no setor saúde a proposta de rede integrada de cuidados para ser a proposta de sua organização. Novamente, articular serviços já existentes, próprios do estado brasileiro ou em parceria com entidades da sociedade civil, ressignificar outros e criar terceiros foi o caminho encontrado.

Após grande discussão dentro do governo e com os parceiros federativos, foi criada a rede de cuidados das pessoas com deficiência, a rede do Viver Sem Limite, pactuada em fevereiro de 2012, enfrentando, ainda, uma falta de acúmulo do SUS com serviços nessa

área (BRASIL, 2012A). Além da capacitação e da protocolização de ações na Atenção Básica, a grande ação de prevenção foi a radical expansão e a qualificação da triagem neonatal, especialmente no seu componente teste do pezinho, com ampliação da testagem para seis doenças e treinamento em todos os estados para a implantação de todas as suas fases. No final de 2013, 20 dos 27 estados já estavam na chamada fase IV da triagem neonatal, com novo sistema de informação e gestão em curso e montagem de serviços de referência em todos eles, com possibilidade de, até junho de 2014, ter completado o ciclo nos demais sete estados.

A grande inovação foi a proposta de criação dos CER (Centros Especializados em Reabilitação), com possibilidade de atendimento integrado de deficientes físicos, intelectuais, auditivos e visuais, com pelo menos duas deficiências acopladas e, mais uma vez, priorizando o norte e o nordeste brasileiros, com estímulo e financiamento à construção de equipamentos com recursos federais, além de credenciamento, com adequações de 102 serviços existentes e adaptados com custeio federal robusto e com clara área de responsabilidade. Também houve proposta de criação de transporte público adaptado regulado e oficinas ortopédicas, além de implantação de atendimento odontológico nos Centros Especializados Odontológicos (CEO), com 425 unidades financiadas, atendendo regularmente pessoas com deficiência. Completa o ciclo de qualificação dessa singular rede temática a qualificação de profissionais e o diagnóstico situacional para expansão progressiva da rede integrada em todos os estados. Mais uma vez, o exercício de construir redes mostrou aos gestores o enorme déficit de oferta de serviços em determinada região e a necessidade de instituição de verdadeiras regiões de saúde, com redes de atenção multitemáticas articuladas e operadas sob a lógica da regulação pública.

Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

A última rede temática definida e pactuada nesses três anos sob análise, já no final de 2012, foi a de cuidados com as pessoas com doenças crônicas, a partir do esforço das três esferas de governo em ampliar a oferta de serviços de tratamento do câncer, com prioridade para os mais prevalentes cânceres nas mulheres, o câncer de mama e o câncer de colo do útero. Seguindo os mesmos passos e conceitos, ampliando o papel sustentado da Atenção Básica, ampliando serviços de diagnóstico e credenciando inúmeros novos serviços de tratamento com quimioterapia, radioterapia, cirurgia oncológica ou tratamento combinado.

Foi redefinida, depois de mais de um ano de construção conjunta, uma nova política de prevenção e controle do câncer, já no formato de linhas de cuidado, dentro do arcabouço conceitual da rede de crônicas (BRASIL, 2013B). Nesse caso, o papel da Atenção Básica é ainda mais relevante, desde os mecanismos de prevenção e controle dos fatores de risco, o diagnóstico precoce até o encaminhamento responsável para serviços de referência e o compartilhamento do cuidado contínuo, junto dos serviços de referência. Apoiado pela nova Lei Federal sancionada – Lei 12.732 (BRASIL, 2012D), que estabeleceu o limite máximo de 60 dias entre o diagnóstico do câncer e o início efetivo do seu tratamento, foi necessário o esforço da implantação de um novo sistema nacional de informação em câncer (Siscan) para monitorar gerencialmente o desempenho da rede de serviços e dar base real ao planejamento e à intervenção dos gestores nos diversos territórios. Com a nova Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer aprovada e publicada (BRASIL, 2013A), o grande esforço para o ano de 2014 e os seguintes é a construção do diagnóstico das regiões de saúde e suas

deficiências de oferta de serviços em todos os componentes terapêuticos, com clara identificação, para cada UBS e sua população, dos fluxos a serem seguidos para apoio diagnóstico, confirmação e tratamento dos diversos tipos de câncer.

Os desafios a serem enfrentados

O percurso seguido neste texto, a partir do histórico e da construção teórica das RAS e à luz da síntese do conjunto das iniciativas, em todo o País, de implantação das redes temáticas, pactuadas nacionalmente, permite-nos refletir e elencar alguns desafios importantes após esse período analisado de três anos. Uma primeira referência constatada é a riqueza das inúmeras experiências relatadas e vivenciadas pelo autor em contato quase diário com um sem número de gestores estaduais e municipais, técnicos e dirigentes centrais e, principalmente, apoiadores do MS, que estão participando ativamente da implantação das RAS em todos os territórios. Além de relatórios sistematizados de todas as áreas técnicas (BRASIL, 2012E, 2013E, 2014B), a narrativa oral dos atores envolvidos nos permite, agora, sintetizar com muita pluralidade de opiniões as dificuldades e os desafios a serem vencidos para a efetiva estruturação das RAS como base organizacional real do SUS brasileiro.

Capacitação das equipes e dos gestores

Primeiramente, a necessidade de disseminação mais ousada dos conceitos e dispositivos já construídos e testados para o conjunto dos gestores e de suas equipes. Vale dizer, instituir, de forma mais contínua, processos de capacitação local para dar sustentação à atuação das diversas equipes. O MS fez um grande esforço, em parceria com o Hospital

Sírio Libanês, no marco dos projetos do Proadi, de instituir processos de formação de mais de 10.000 gestores e técnicos locais em gestão de redes, gestão da clínica, regulação e outros temas mais específicos, no formato misto, presencial e à distância, e no nível de especialização. Mas ainda é muito pouco e há uma constatação unânime da necessidade de persistir e ampliar esse processo de Educação Permanente para as equipes locais, que serão as grandes construtoras e operadoras das redes. O como fazer e, em boa parte das vezes, as questões muito simples da gestão, já vencidas há anos, em inúmeros lugares, podem fazer a diferença na implantação de parte ou de todo o processo das RAS nos diversos territórios. Isso, na verdade, descortina o imenso vazio de formação na gestão de serviços, de equipes e do próprio sistema de saúde na União, nos estados, municípios e nas regiões. A perenidade das equipes gestoras é outro grande desafio a ser vencidos nesse campo, estando aí relacionada aos mecanismos de ingresso nas gestões, existência de carreira, estímulo profissional e remuneração digna. O SUS já é um sistema complexo, que não pode mais conviver com amadorismo ou aventuras na sua gestão, independentemente do nível de governo.

Regiões de Saúde

A seguir, a efetivação das regiões de saúde em todo o País. Elas são, hoje, via de regra, meras divisões burocráticas dos estados ou uma incipiente estrutura com uma pequena equipe que faz mediação entre os municípios das questões relacionadas à pactuação financeira da média e da alta complexidade. Mesmo a criação das Comissões Intergestores Regionais (CIR), espaço potencialmente estratégico de debate e implantação das RAS e de todo o sistema de saúde, carece da presença técnica e gestora de equipes nas regiões, o que vem sendo precariamente suprido por técnicos dos próprios municípios, num

esquema solidário de ajuda mútua, e por apoiadores dos Cosems e do MS, com distribuição e papel desiguais e pouco estruturados em todo o País.

E, mais difícil ainda, além da definição e da harmonização do conceito de região viva de saúde, é a operação cotidiana dos espaços, que são de referência para mais de um município. Nosso arcabouço legal ainda é frágil na oferta de estruturas de gestão regional. A exceção fica para serviços de gerência e gestão estadual e para a figura dos Consórcios Públicos, ficando, na maioria das vezes, esse papel para o município-polo, que, às vezes, é sobrecarregado com a demanda excessiva e não regulada ou, em outras vezes, impede sumariamente o acesso aos cidadãos de outros municípios, mesmo que pactuado previamente nos mecanismos burocráticos ainda vigentes. A definição tomada na implantação das RAS de observar rigorosamente as regiões de saúde estabelecidas em cada estado careceram de efetividade. Se reforçaram a região por um lado, por outro, não houve o retorno na devida potência para a dinâmica das redes. Estas, ficaram geridas à distância pelas equipes centrais dos estados, ou por um dos municípios envolvidos, geralmente a sede da região. Isso é muito pouco para as necessidades do SUS e das RAS. Esse talvez seja um dos debates mais prementes do que podemos chamar de reforma infraconstitucional do SUS, para dar conta de sua operação de forma mais eficiente e para cumprir o objetivo maior de atender bem às pessoas nas suas necessidades mutáveis de saúde e facilitar seus percursos na rede de serviços. A mesma constatação pode ser observada dentro dos grandes municípios, que contêm, na verdade, várias regiões de saúde dentro deles. O mesmo problema de gestão regional eficiente, mas com menor grau de dificuldade do que nos espaços supramunicipais.

Governança e financiamento das redes

INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO

A iniciativa de implantar as RAS como base de estruturação do SUS tem a capacidade de desvendar vários dos problemas estruturais do próprio SUS. Temos, ainda, uma enorme deficiência de governança no sistema, além do problema já descrito da falta de capacitação dos gestores e das equipes, como, por exemplo, deficiências em um sistema de informação eficiente. Sem um número identificador único dos usuários, sem fluxo definido da informação entre as unidades, clínica e gerencial, e sem prontuário eletrônico único, fica muito difícil ter uma verdadeira Rede de Atenção à Saúde. Como visto, a rede composta por pontos de atenção ou serviços tem que ser uma trilha para facilitar o caminhar dos usuários de um para outro ponto, se possível, sempre compartilhando o cuidado com a sua equipe básica contínua. E a senha para esse caminhar é o prontuário e o sistema de informação, onde esse aspecto de governança mais avançou, mas os indícios de efetiva RAS são fortes. Os esforços recentes do MS para efetivar, de fato, o cartão nacional de saúde em todo o País, com base única limpa, e a implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (Sisab) e de seus módulos especializados, posteriormente, são a grande esperança no avanço da governança sistêmica das RAS. Também a efetivação de sistema articulado de regulação e integrado ao sistema de informação clínica, onde protocolos assistenciais pactuados deem sentido ao aparato regulatório, a bem da defesa do direito do usuário. Quanto mais a informação fluir em dupla mão, menos o usuário terá de se deslocar entre serviços, reduzindo o desgaste e o custo que isso significa.

Um sentido estruturante nesse desafio da governança, também envolvendo o sistema

de informação, é a necessidade de o complexo da Atenção Básica assumir progressivamente o seu duplo papel de cuidador direto e gestor do cuidado de uma população usuária bem definida. E gerir o cuidado é gerir a informação de cada usuário no seu transitar na rede segundo as necessidades, estabelecendo fluxo de comunicação, de conversa entre equipes e serviços. Também incorporar a tecnologia do compartilhamento do cuidado, junto de médicos e equipe de serviços especializados, é o que pode fazer a maior diferença na vida dos usuários e dar mais satisfação às equipes, por verem o sentido da integralidade sendo cumprido em cada uma das necessidades. Num enlace, permanente e progressivo, as equipes da Atenção Básica têm toda a condição de assumir este papel com mais potência ainda, e ter cada vez mais legitimidade. Esse, um grande produto da implantação das RAS.

REGULAÇÃO

Um dos maiores desafios de todo o SUS e seu intrincado arranjo institucional é a regulação assistencial. Regulação entendida como o aparato simples ou complexo, dependendo da situação, de combinar as demandas do sistema e de seus usuários com as ofertas mais adequadas em cada momento, priorizando quem mais precisa e baseada em evidências claras, dotando, ainda, o sistema de maior transparência e eficiência. Esse tem sido um grande desafio não cumprido. Infelizmente, a regra é não ter regulação ou ter mecanismos regulatórios mais burocráticos e dificultadores do que facilitadores, e sob a lógica da boa governança. Inúmeras são as experiências e as iniciativas, mas a regra é a não regulação na lógica pública. Alocar mais leitos para a retaguarda das urgências é uma necessidade, mas esse leito tem que ter a lógica da regulação pública e estar, efetivamente, à disposição do serviço demandante como pactuado. A introdução do conceito

operacional, testado nesses anos, de leito de retaguarda, tem sido uma experiência muito importante que tem ampliado a capacidade gestora local e desvendado inúmeras incorreções no comportamento dos serviços, como relatado por um sem número de técnicos. Mas há um longo caminho ainda a percorrer, que precisa de decisão política da gestão local, controle social e transparência nas ações gestoras, apoio de tecnologia da informação mais potente e mecanismos avaliadores da performance do sistema. Todas as avaliações e o monitoramento feito nas redes, implantadas depois de um ano de pactuação, evidenciaram esse déficit regulatório e têm sido um pedido frequente de apoio por parte dos gestores locais.

FINANCIAMENTO

Sem entrar no debate da clara insuficiência de financiamento público sustentado para o SUS nesse momento, trata-se de abordar a fragilidade e o atraso dos mecanismos e formatos de financiamento do sistema, que a implantação das RAS deixa muito claro. Não é possível financiar de forma mais moderna, eficiente e equânime os serviços, baseado apenas em uma tabela virtual de procedimentos e atrelando-se o seu pagamento a essa tabela unicamente, como tem sido feito nas últimas três décadas, precedendo ao próprio SUS. Esse formato não contribui para a efetivação de redes como caminho para a busca da integralidade do cuidado do conjunto das necessidades, mas incentiva procedimentos mais custosos e nem sempre os necessários, sugando os mesmos recursos que poderiam ser mais bem alocados e que faltam em outros campos. É necessário caminhar para um financiamento baseado em resultados e performance, com base na população e de utilização simplificado. Uma primeira grande cunha nesse processo foi a ampliação dos processos de contratualização global dos prestadores, incluindo a explicitação dos

seus compromissos junto às RAS. E a criação dos incentivos das redes, estimulando uma nova relação entre os gestores e os prestadores, incluindo os serviços próprios estatais, com parte fixa e variável baseada em resultados objetivos e mensuráveis. Esse é o primeiro passo para o sistema sair da armadilha de pagamentos exclusivamente por procedimentos. A discussão desse assunto nos processos de avaliação da implantação das redes expôs claramente esses limites, e novas adições, necessárias sempre, de recursos no sistema precisam encontrar novos formatos mais eficientes e equitativos de alocação dos novos recursos. O que já se conseguiu de formato de financiamento da Atenção Básica no Brasil, com combinação de *per capita*s fixos e variáveis, e a recente introdução da remuneração por performance pelo PMAQ (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012), mostram que no campo das redes e da atenção especializada e hospitalar é necessário um grande esforço institucional das três esferas de governo, para inovar e financiá-las em novos formatos que tenham mais ênfase na atividade fim, com menos peso da burocracia do meio, que se inicia no MS e perpassa todo o sistema. A consolidação dessas iniciativas e a construção de alternativas também poderão compor o que pode ser chamado de segunda onda de reforma da institucionalidade do SUS no espaço infraconstitucional.

TRANSPARÊNCIA E CONTROLE DA GESTÃO

A proposta inovadora para a implantação das RAS previu a constituição de grupos gestores estaduais e regionais, com participação de técnicos dos estados e municípios e participação dos chamados apoiadores do MS, como forma de dar mais eficiência e transparência ao processo, especialmente por envolver mais de um município nas regiões de saúde. Ainda que a riqueza do debate tenha sido a grande experiência da implantação das RAS, muito ainda é preciso para se

institucionalizar esses grupos e dotá-los de potência para pensar, planejar, propor alternativas e, principalmente, monitorar e avaliar o que foi negociado e pactuado. A própria informação da transferência dos recursos e da real constituição dos componentes das redes carece de muito maior eficiência alocativa e de transparência, a começar pelo aparato envolvido do MS. Permitir, também, um melhor acompanhamento por parte do conjunto das equipes, dos conselhos e dos órgãos de controle interno e externo do SUS. Há, também, a necessidade de desburocratizar o processo de formalização das RAS, a partir do debate local, da definição das comissões bipartites estaduais e do longo fluxo de avaliação e discussão nas áreas técnicas do MS.

INSUFICIÊNCIA DA OFERTA DE SERVIÇOS E PLANEJAMENTO DA EXPANSÃO

O processo descrito sumariamente de implantação concreta de RAS em todo o País, e envolvendo os diversos temas, mostrou, com muita clareza, a insuficiência da oferta histórica de serviços do SUS em diversos componentes e nas várias regiões do País, apresentando, com riqueza de detalhes e observação local, essas insuficiências e as dificuldades na expansão dos serviços. Muitas vezes, insuficiência de recursos, em outras, falta de capacidade de gestão, e, inúmeras vezes, falta de oferta concreta de profissionais de saúde, em especial, de médicos, de forma dramática em algumas especialidades. Temos hoje no País serviços fechados, com financiamento garantido, e carência de oferta de profissionais. Esse diagnóstico apurado deverá contribuir para o diagnóstico do perfil e dos quantitativos de profissionais do SUS no Brasil e para as necessidades de ampliação da graduação e da pós-graduação. Mais uma vez, o rico processo de implantação das RAS nesses três anos, pela sua ênfase na prioridade política, desvendou parte desse mistério do SUS. E o

planejamento da expansão dos serviços tem que ser baseado em nova parametrização e novo formato, como já vem sendo proposto e está em curso pelo MS, onde as inovadoras tipologias das RAS têm muito a contribuir. O desenho da região de saúde com o atual padrão de oferta real de serviços é muito diferente da leitura rasa dos cadastros oficiais. As demandas de expansão para o futuro imediato ou não, constituirão o padrão de expansão do SUS em todo o País e com novos formatos, afeitos às necessidades reais de saúde da população, somando-se as regiões e o conjunto dos temas constitutivos das RAS. Enfim, a experiência desses anos precisa ser objeto de leitura atenta e observada como uma grande possibilidade inovadora do SUS.

Finalizando

A grande aventura assumida pela gestão do MS a partir de janeiro de 2011, de tornar a implantação das RAS o centro da sua política de atenção, associada ao fortalecimento da Atenção Básica, teve muitos reflexos positivos na melhoria concreta das condições da atenção à saúde em várias regiões do País, com resultados mensurados por diversas matrizes avaliativas, mas é apenas um começo de verificação de resultados. Há uma riqueza enorme extraída dos processos

de monitoramento já desenvolvidos, e muito ainda precisa ser aprofundado nas análises, incluindo a provocação à academia para explorar e entender melhor o que vem ocorrendo na atenção à saúde do País a partir do marco conceitual das RAS. Várias pesquisas estão em curso, incluindo algumas contratadas pelo próprio MS, e outras de iniciativas das Universidades, mas se baseando nas experiências concretas das RAS nesse período. Este texto é uma tentativa ousada da síntese desse percurso segundo o olhar sempre assumidamente implicado de um ator em posição de ator federal no processo, durante o referido período.

A consolidação desse conjunto de experiências, certamente o seu maior número e com maior impacto em um período histórico, avança na discussão do próprio arcabouço conceitual, que estava muito refém de teoria baseada em outras experiências externas e agora tem um grande material empírico para análise e discussão. Isso fará avançar os próprios conceitos e as novas formulações necessárias à realidade concreta de nosso sistema, retornando à análise num ciclo virtuoso de produção teórica, implantação, avaliação e novas formulações. Talvez o grande legado que esse processo deixa como marca nesses tempos de grande debate no SUS: que esse seja o caminho a ser trilhado por milhares de técnicos, gestores e acadêmicos em todo o País. ■

Referências

- BRASIL. *Constituição (1988)*. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 03 jun. 2014.
- _____. As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.
- _____. 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] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 29 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 04 jun. 2014.
- _____. Lei 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 nov. 2012d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm>. Acesso em: 04 jun. 2014.
- _____. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18.055.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2012c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html>. Acesso em: 03 jun. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 03 jun. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.473, de 24 de junho de 2011. Institui os Comitês Gestores, Grupos Executivos, Grupos Transversais e os Comitês de Mobilização Social e de Especialistas dos compromissos prioritários de governo organizados por meio de Redes Temáticas de Atenção à Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011e. Disponível em: <<http://brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108559-1473.html>>. Acesso em: 04 jun. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 04 jun. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011h. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html>. Acesso em: 03 jun. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011f. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 04 jun. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às

Urgências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011g. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html>. Acesso em: 04 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011j. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html>. Acesso em: 04 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>. Acesso em: 03 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.952, de 14 de dezembro de 2011. Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011i. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2952_14_12_2011.html>. Acesso em: 03 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 04 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 340, de 4 de março de 2013. Redefine o Componente Construção do

Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0340_04_03_2013.html>. Acesso em: 04 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 03 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 03 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html>. Acesso em: 04 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2013d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 04 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à

Saúde. *Relatório de gestão 2011*. Brasília, DF, 2012e. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/01/relatorio-de-gestao-sas-2011.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de gestão 2012*. Brasília, DF, 2013e. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/01/relatorio-de-gestao-sas-2012.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Relatório de gestão 2013*. Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/01/relatorio-de-gestao-sas-2013.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Painel de monitoramento da mortalidade materna*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

BUSS, P. M. Saúde e Desigualdade: o caso do Brasil. In: BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (Org.). *Sistemas de saúde: continuidade e mudanças*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. p. 61-101.

COSTA, N. R. A Descentralização do Sistema Público de Saúde no Brasil: Balanço e Perspectiva. In: BRASIL. *Radiografia da Saúde*. Campinas, SP: Instituto de Economia da UNICAMP, 2001. Parte 3, cap. 2, p. 307-321.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E., et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 125-133.

LUZ, M. T. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de “transição democrática” nos anos 80. *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Importância de Belo Horizonte para o SUS nacional. In: MAGALHÃES

JUNIOR, H. M. *Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008*. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; JAIME, P. C.; LIMA, A. M. C. O papel do setor saúde no Programa Bolsa Família: histórico, resultados e desafios para o Sistema Único de Saúde. In: CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Org.). *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Brasília, DF: Ipea, 2013.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; IMS; ABRASCO, 2001.

MENDES, E. V. (Org.) *Distrito sanitário: o processo social de mudança das políticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; ABRASCO, 1993.

_____. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Gestão de redes na OPAS/OMS Brasil: conceitos, práticas e lições aprendidas*. Brasília, DF: OPAS, 2008.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *Revista Eletrônica de Informação, Comunicação & Inovação em Saúde*. v.6, n.2, Sup., ago. 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/624/1083>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

PROENÇA, D. Em casa com a palavra: eu, usuário! *Revista Brasileira Saúde da Família*, v.34, p. 23-24, jan./abril, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_brasileira_saude_familia_34.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2014.

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*, New York, v. 382, p.

57-64, 2013. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2813%2960715-1/abstract>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

SANTOS, L. O SUS e o Contrato Organizativo de Ação Pública. *Conasems*, Brasília, v. 1, p. 24, 2013.

SILVA, S. F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 38-46, 2009. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/file/saudeemdebate81.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S.F. (Org.). *Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS*. 2. ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16, n. 6, p.2753-2762, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2014.

———. (Org.). *Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS*. 2.ed. Campinas: Saberes Editora. 2013.

Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS

Comments about Health Care Networks in SUS

Eugênio Vilaça Mendes¹

Helvécio Miranda Magalhães Junior é um profissional híbrido que junta, numa só pessoa, uma sólida capacidade de formulação e de execução de políticas de saúde. Tem sido, ao longo de sua vida, ao mesmo tempo, um intelectual refinado e um gestor competente e tenaz nas várias instituições do SUS em que atuou.

O caso das Redes de Atenção à Saúde (RAS), tema do artigo que comento, é um atestado dessa característica de um autor-ator que contribuiu significativamente para a sua construção teórico-conceitual e liderou, no Ministério da Saúde, sua implantação em escala nacional, nos últimos anos.

O artigo é bem estruturado. Discute a trajetória do SUS e seus (des)caminhos para a fragmentação, visita as referências teóricas internacionais e nacionais sobre organização de RAS, trata da implantação desses processos complexos nos últimos três anos e aborda os desafios para a sua construção social no sistema público de saúde brasileiro.

O texto é bem escrito. Construído de forma direta e com conhecimento de causa induz o leitor a uma aprendizagem significativa ao final de sua leitura. Estimula quem o lê a dialogar com o autor, a trocar ideias e vivências sobre o tema. Foi o que ocorreu comigo.

Ao final da leitura, anotei alguns pontos que gostaria de debater com o autor e com os leitores, tendo como base minha produção teórica sobre as RAS e minha prática de campo, sobre o tema, em vários lugares do País.

Antes, quero ressaltar algo que se coloca com detalhes no texto. O tema das RAS não é novo no Brasil. Ele já está inscrito na Constituição Federal de 1988, no seu Art. 198 que menciona que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um único sistema. Mas há de se reconhecer que a discussão doutrinária sobre o que são RAS é mais recente, ainda que intensa. Faltava, contudo, levar a discussão teórica para o âmbito da normatividade do SUS, o que ocorreu recentemente.

Uma releitura do texto constitucional se impõe porque a proposta de RAS assenta-se no princípio da poliarquia, incompatível com a construção de estruturas hierárquicas.

O debate teórico sobre RAS confluiu para uma longa discussão feita no âmbito da CIT e que terminou com a publicação da Portaria n° 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), que é um documento robusto e de qualidade e que define conceitos e estabelece parâmetros de operacionalização. Pouco tempo depois, o Decreto Presidencial n° 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), colocou as RAS como formas de organização do SUS nas regiões de saúde. Estavam construídas bases sólidas, no plano normativo, para iniciar a operacionalização das RAS no sistema público brasileiro.

¹ Doutor em Cirurgia Bucal pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil. Especialista em Planejamento de Saúde-(Ensp), Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil. Professor Honoris Causa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)- Montes Claros (MG), Brasil. eugenio.bhz@terra.com.br

O Ministério da Saúde optou pela construção social de redes temáticas e definiu como prioritárias algumas RAS: Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Redes de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas e Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

O caminho percorrido, especialmente nos últimos três anos, está bem detalhado no texto do autor, como se fosse uma prestação de contas de seu mandato na Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. Nesse relato consideram-se as estratégias de implantação, celebram-se resultados positivos em termos de estrutura, processos e impacto nos níveis de saúde e analisam-se os desafios a serem enfrentados.

Instigado pela leitura quero dialogar com o autor colocando ênfase, mais que discordando, em alguns pontos que me parecem essenciais na discussão das RAS no SUS, especialmente tratados nos desafios para a implantação: os elementos constitutivos, as redes temáticas, a coordenação assistencial, a regulação assistencial, as regiões de saúde, a governança e o financiamento.

Os elementos constitutivos das RAS

O primeiro ponto que abordo é sobre a constituição das RAS. Tal como se estabelece na Portaria nº 4.279/2010, as RAS se constituem da população e regiões de saúde, da estrutura operacional e dos modelos de atenção à saúde.

O primeiro elemento das RAS, e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde baseada na população, uma característica essencial das RAS e uma forma de gerenciamento alternativo à gestão da oferta, largamente praticada no SUS.

O vínculo da população com uma RAS dá-se na Atenção Primária à Saúde (APS).

Por esta razão, a população de uma RAS não é a população IBGE, mas a população efetivamente cadastrada na APS. Essa população vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sócio-sanitários. Assim, a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Mas não basta o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

O conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sócio-sanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS/Equipe da Estratégia de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

Na concepção de RAS cabe à APS a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora dessas redes se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada, socialmente, em famílias.

O segundo elemento constitutivo das RAS é a estrutura operacional. Não há no texto uma menção específica à estrutura operacional das RAS, porém pode-se inferir que ela se manifesta na *figura 1*. Observando-se essa figura - ainda que não sendo seguramente a opinião do autor-, pode-se imaginar que a Atenção Básica está fora das redes temáticas, o que não é correto. Além disso, seria interessante retirar do componente vertical

das RAS temáticas uma série de pontos de atenção que são transversais numa RAS. Assim, parece-me que a estrutura operacional proposta na Portaria nº 4.279/2010, é mais adequada para estabelecer a estrutura operacional das RAS quando define como componentes estruturais transversais, a APS, os pontos de atenção secundários e terciários, os sistemas logísticos (sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários, centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e sistema de transporte sanitário), os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde) e o sistema de governança. É fundamental que na implementação das RAS todos esses elementos estejam considerados.

A incompreensão da totalidade da estrutura operacional das RAS tem sido responsável por problemas de implantação que observo em alguns lugares brasileiros e se manifestam numa excessiva concentração de recursos e energia na organização da APS e dos pontos de atenção secundários e terciários ambulatoriais e hospitalares, com pouca atenção à organização dos sistemas de apoio, logísticos e de governança.

O terceiro elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde que podem ser conceituados como os sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

As RAS, para constituírem-se em elementos verdadeiros de mudança das práticas sanitárias, terão que estruturar modelos de atenção à saúde inovadores, superando os modelos tradicionais que não são coerentes

com a situação de saúde brasileira atual de tripla carga de doenças, com forte predomínio relativo das condições crônicas.

Os modelos de atenção à saúde são diferentes para as condições crônicas e as condições agudas. Isso introduz um novo conceito fundamental para a operação das RAS que é o de condição de saúde, entendida como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de formas mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas. A proposta de condições de saúde, recentemente feita pela Organização Mundial da Saúde (2003), diferentemente da tipologia clássica de doenças transmissíveis e doenças não transmissíveis, tem seu recorte na forma como se estruturam as respostas sociais do sistema de atenção à saúde.

Os modelos de atenção às condições agudas implicam o uso de algum tipo de classificação de riscos com base em algoritmos construídos com base em sinais de alerta. Já os modelos de atenção às condições crônicas são mais complexos e têm sido utilizados crescentemente. Dentre eles podem ser destacados o Modelo de Atenção Crônica, o Modelo da Pirâmide de Riscos e o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MENDES, 2011). É fundamental, na construção social das RAS considerar a utilização desses modelos de atenção à saúde, especialmente os modelos de atenção às condições crônicas. É uma falta que senti no texto do autor.

As redes temáticas

O autor afirma que

Por razões diversas pode ser mais fácil e indutor a implantação de determinados temas em diferentes regiões, o que facilita ao longo do tempo a expansão para o conjunto integral da assistência. Este formato organizativo pode ser chamado de redes temáticas ou linhas de cuidado temáticas (p. 19).

Uma das críticas mais comuns à proposta de RAS do Ministério da Saúde é sobre a opção estratégica de operar com redes temáticas.

A crítica muitas vezes se faz por uma identificação equivocada entre redes temáticas e programas verticais. Entretanto, redes temáticas nada têm a ver com programas verticais que são aqueles sistemas de atenção à saúde dirigidos, supervisionados e executados, exclusivamente, por meio de recursos especializados. Nas redes temáticas os únicos componentes que se organizam verticalmente são os pontos de atenção secundários e terciários, o que obedece ao imperativo da divisão técnica do trabalho que exige, nesses pontos de atenção, a especialização. Os demais componentes da estrutura operacional das RAS são transversais (APS, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança), portanto são comuns a todas as redes temáticas. Por isso, alguns autores, para fugir ao velho dilema de sistemas verticais e horizontais, consideram, utilizando a metáfora geométrica, propõem os sistemas diagonais (OOMS, 2008). As RAS são a melhor forma de organizar sistemas diagonais. Pelas razões expostas considero que a opção estratégica do Ministério da Saúde pelas redes temáticas foi a mais correta.

A coordenação assistencial

É inerente ao trabalho em redes uma coordenação entre os seus diferentes nós. Nas RAS, a coordenação assistencial tem sido definida como a harmonização das atividades que se requerem para atender as pessoas usuárias ao longo de todos os pontos das redes. Para que isso ocorra, a coordenação assistencial estrutura-se em três dimensões: a coordenação da gestão da atenção, a coordenação da informação e a coordenação administrativa da atenção (VARGAS ET AL., 2011).

Nas RAS esta função de coordenação deve ser realizada pela APS a quem cabe ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos

e informações ao longo de todos os pontos de atenção secundários e terciários, dos sistemas logísticos e dos sistemas de apoio. É, por essa razão, que se propõem RAS coordenadas pela APS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, 2010).

O problema é que essa coordenação não é fácil de ser feita por várias razões, como a falta de legitimidade da APS frente aos outros pontos de atenção e aos sistemas de apoio e logísticos, a insuficiente densidade tecnológica incorporada nos cuidados no âmbito primário e a carências de sistemas de informações verticais.

Mas há uma razão adicional e fundamental. Essa coordenação paira no enunciado discursivo, quando não se criam métodos para que ela ocorra eficazmente na prática social. Assim, há que se utilizarem métodos efetivos de coordenação de redes nas organizações. Na literatura há várias propostas de coordenação organizacional, mas uma se destaca, o modelo de coordenação proposto por Mintzberg (2003).

O modelo de coordenação organizacional de Mintzberg sugere que haja dois mecanismos básicos: os mecanismos de normalização, compostos pela normalização de habilidades e de processos de trabalho; e os mecanismos de adaptação mútua, compostos pela supervisão direta, pela comunicação informal, pelos dispositivos de enlaçamento e pelos sistemas de informação vertical.

Esse modelo aplicado à coordenação de RAS pode envolver a normalização de habilidades por meio de sistemas de Educação Permanente e a normalização de processos de trabalho por meio da utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidência. Além disso, deve englobar mecanismos de adaptação mútua como: supervisão direta; comunicação informal por meio de telefone, internet e correio eletrônico; dispositivos de enlaçamento como grupos de trabalho interdisciplinares, gestão de caso, comitês de gestão e grupos de matriciamento. Por fim, a coordenação é muito facilitada se existem sistemas de informação eletrônicos que articulem a APS com os pontos de atenção secundários e

terciários ambulatoriais e hospitalares e com os sistemas de apoio e logísticos.

Desenvolver e implantar sistemas de coordenação assistencial das RAS, a partir da APS, é um grande desafio que se coloca para o SUS na construção social das redes temáticas.

A regulação assistencial

O autor, com razão, assinala no texto:

Um dos maiores desafios de todo o SUS e seu intrincado arranjo institucional é a regulação assistencial... Este tem sido um grande desafio não cumprido, infelizmente a regra é não ter regulação, ou ter mecanismos regulatórios mais burocráticos e dificultadores, do que facilitadores e na lógica da boa governança (p. 31).

Uma regulação assistencial eficaz é fundamental nas RAS e deve ter como objetivos garantir a atenção no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Creio que o problema da regulação assistencial é estrutural e exige mudanças mais radicais. É que o modelo de regulação assistencial que se pratica no SUS esgotou-se e precisa ser totalmente reconcebido.

O esgotamento do modelo de regulação assistencial tem uma questão de fundo. O modelo vigente foi construído com base na gestão da oferta. Isso significa que a regulação utiliza-se de parâmetros de oferta, tem foco na capacidade instalada, é orientada por uma visão indiscriminada da demanda e apresenta soluções geralmente voltadas para o incremento da oferta.

Na prática a regulação assistencial com base na gestão da oferta apresenta vários problemas: faz-se desde diferentes pontos de atenção, sem um ponto de coordenação estabelecido; não dispõe de mecanismos de coordenação precisos; não utiliza sistemas de comunicação eficazes entre unidades demandantes e ofertantes de serviços; faz-se sem estratificação de risco das condições

de saúde; o ajuste entre demanda e oferta é feito geralmente pelo incremento da oferta; não se utilizam regularmente mecanismos de racionalização da oferta; não se utilizam regularmente mecanismos de racionalização da demanda; faz-se geralmente sem o apoio de diretrizes clínicas baseadas em evidência; faz-se sem o uso de uma inteligência regulatória, o que pressupõe que todas as demandas devam ser atendidas; faz-se de forma pessoal e burocrática por complexos reguladores; faz-se com forte presença de efeito velcro; e leva a ajustes perversos entre oferta e demanda por meio de filas que não são gerenciáveis e que se autoalimentam ou por cotas.

É preciso desenvolver e implantar uma nova forma de fazer regulação assistencial com base numa gestão de base populacional. Isso significa uma regulação programada por parâmetros das necessidades da população, que tenha foco em demandas populacionais discriminadas segundo riscos sociais e sanitários de subpopulações e que utilize soluções regulatórias que equilibrem a racionalização da demanda e a racionalização e/ou incremento da oferta.

Esse novo modelo regulatório deve ter as seguintes características: é realizado com base em parâmetros de programação de necessidades; é feito com sistemas de coordenação bem estabelecidos na APS; utiliza sistemas de comunicação eficazes entre unidades demandantes e ofertantes de serviços; é realizado nos eventos agudos por meio de complexos reguladores, com base na classificação de risco das pessoas em situação de urgência e emergência; é realizado, nas condições crônicas não agudizadas, diretamente pela APS nos serviços demandados, utilizando-se o prontuário clínico eletrônico ou a infovia do complexo regulador; o ajuste entre demanda e oferta faz-se por uma ação que se inicia pela racionalização da demanda, seguida pela racionalização da oferta e, se necessário, pelo incremento da oferta; é feito com base em diretrizes clínicas baseadas em

evidência; tem uma inteligência regulatória, o que pressupõe que nem todas as demandas devam ser atendidas; implica, nas condições crônicas não agudizadas um relacionamento pessoal entre profissionais de saúde e envolve trabalho clínico mútuo entre os profissionais das unidades demandantes e ofertantes; ausência de efeito velcro; e ausência de filas ou existência de filas gerenciáveis pela tecnologia de listas de espera e ausência de cotas.

As regiões de saúde

Como as RAS se organizam regionalmente, as regiões de saúde são fundamentais no processo de implantação das redes temáticas. Aqui se está diante de um problema crítico na implantação das RAS no SUS.

O autor escreve sobre as regiões de saúde:

Elas são hoje via de regra, meras divisões burocráticas dos Estados ou uma incipiente estrutura com uma pequena equipe que faz mediação entre os municípios das questões relacionadas à pactuação financeira da média e alta complexidade... A definição tomada na implantação das RAS e observar rigorosamente as regiões de saúde estabelecidas em cada estado careceram de efetividade e se reforçaram a região por um lado, por outro não houve o retorno na potência devida para a dinâmica das redes, ficando estas ou geridas à distância pelas equipes centrais dos estados ou por um dos municípios envolvidos, geralmente a sede da região (p. 29).

Minha crítica nesse aspecto é mais contundente. As regiões de saúde que se têm em nosso País devem ser totalmente revistas para que possam ancorar a formação das RAS e dar suporte a uma efetiva governança regional do SUS.

Em geral, as regiões de saúde atualmente definidas padecem de dois problemas: são regiões político-administrativas e não apresentam escala para suportar a

organização racional das RAS com todos os seus componentes.

As regiões político-administrativas foram estabelecidas por critérios de descentralização das Secretarias Estaduais de Saúde no âmbito de seus estados. Foram instituídas antes das propostas de RAS e visavam a desconcentrar as ações político-administrativas dessas Secretarias. Esse foi um processo feito há muito tempo. Assim, a lógica dessas regiões não combina com as exigências de uma regionalização de saúde para efetivar as RAS.

As regiões de saúde, diferentemente, das regiões político-administrativas, devem ser desenhadas segundo critérios e fundamentos singulares (MENDES, 2011).

Os critérios para o desenho de regiões de saúde são: contiguidade intermunicipal, subsidiaridade econômica e social, herança e identidade culturais, endogenia regional, disposição política de cooperação regional, fluxos assistenciais, fluxos viários e estabelecimento de redes com seus nós, suas ligações e com seus fluxos.

Ademais, no desenho das regiões de saúde, economia de escala, disponibilidade de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização das RAS. Isso porque as RAS devem ser organizadas em arranjos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que não se beneficiam de economias de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade; já os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala e de escopo, para os quais os serviços são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto no acesso. Há que se ressaltar que a escala em serviços de saúde guarda uma associação muito forte com a qualidade desses serviços (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000; NORONHA ET AL., 2003).

A regionalização vigente, em geral, não

obedeceu a esses critérios e a esses fundamentos. Como resultado, as regiões de saúde apresentam problemas sérios de concepção e de ausência de critérios de escala, seja na dimensão populacional, seja na dimensão dos serviços. Em geral, foram desenhadas na lógica político-administrativa, não têm uma população suficiente para organizar a oferta dos serviços de atenção terciária ('alta complexidade') e operam com enorme ineficiência de escala e com serviços de baixa qualidade. Além disso, por sua configuração, não são adequadas para a instituição da governança regional das RAS.

Comumente, as regiões hoje existentes, correspondem a microrregiões, com auto-suficiência na atenção secundária ('média complexidade'). Uma região de saúde, para organizar RAS eficientes, efetivas e de qualidade, deve corresponder a uma macrorregião, com escala mínima de 500 mil pessoas, e que apresenta autosuficiência na atenção primária, secundária ('media complexidade') e terciária ('alta complexidade'). A razão é que a uma RAS só se completa quando incorpora, em si, esses três níveis de atenção à saúde.

Reconfigurar as regiões de saúde, segundo os critérios e os fundamentos de uma regionalização sanitária e não político-administrativa, é uma tarefa necessária e urgente no processo social de construção das RAS no SUS. O Ministério da Saúde, em coordenação com os estados e municípios deve assumir esta tarefa. E cabe aos estados transformar suas regiões político-administrativas em regiões de saúde.

A governança das RAS

O autor destaca: "Temos ainda uma enorme deficiência de governança no sistema" (p. 30). É fato, mas agrego algumas considerações na tentativa de mostrar que governança de RAS é diferente de gestão de sistemas de saúde e para destacar a importância da instituição de uma

governança regional eficaz dessas redes.

O conceito de governança, abrigado na Portaria nº 4.279/2010, é recente, tendo sido proposto na segunda metade dos anos 90.

O termo governança passou por uma evolução semântica, partindo, num primeiro momento, de uma identidade com o termo governação, o elemento procedimental de governar. Num segundo momento, deu-se uma ampliação semântica para indicar um novo estilo de governo caracterizado por um maior grau de cooperação e pela interação entre o Estado e os atores não estatais no contexto de redes decisórias mistas entre o público e o privado. Num terceiro momento, deu-se nova ampliação semântica para abarcar todas as formas de coordenação das ações de indivíduos e organizações entendidas como formas primárias da construção da ordem social (MAINTZ, 2000).

Do ponto de vista teórico, a governança envolve diferentes aspectos: significa o processo de governo da sociedade; é produto de uma atividade coletiva em que participam múltiplos atores; requer uma instância coordenadora; é um processo de direção estruturado institucional e tecnicamente; a dimensão técnico-gerencial lhe é inerente e essencial; inclui os planos de decisão sobre os valores societários e, em função deles, decide as regras de relação entre os atores; é um processo social aberto, racional, simétrico e incluyente, mas deve ser, por suas falhas, um processo suscetível de autocritica e aprendizagem; é um processo diretivo cuja estrutura intencional e técnica é produto da participação da sociedade e do governo no qual são mutáveis o peso e a influência que o governo e sociedade civil dispõem; é o modo diretivo que corresponde a uma sociedade de organizações e atores independentes e interdependentes, possuidores de capacidades cognitivas, informativas, financeiras, tecnológicas, gerenciais, empresariais e éticas, capazes de auto-organização, autorregulação e de realização de suas preferências; significa que os atores governamentais e sociais

conhecem que são possuidores de recursos e capacidades, que são competentes em seus campos e que produzem insumos e produtos que são úteis; significa que os atores governamentais e sociais reconhecem que os recursos de que dispõem são limitados e insuficientes para concretizar as suas preferências e que dependem de recursos que estão com outros atores que são independentes, o que exige uma ação de intercâmbio entre eles; e é uma decisão em condições de racionalidade limitada pelo que é tendente aos erros e aos seus custos sociais e econômicos (AGUILLAR, 2009).

O conceito de governança deve ser complementado pelo conceito de governança de redes que está, por sua vez, imbricado com o conceito de políticas de redes.

A política de redes pode ser definida como os padrões de relações sociais, mais ou menos estáveis, entre atores interdependentes que tomam forma em torno de problemas ou programas políticos. Assim a política de redes forma o contexto em que o processo político opera. Na construção teórica de políticas de rede as teorias interorganizacionais e os sistemas e de políticas comunitárias são relevantes (KLINJ, 1999). Há dois aspectos centrais na teoria interorganizacional que são dependência e troca. Por isso, a análise interorganizacional envolve a verificação das relações entre as organizações e as condições que influenciam esses processos.

A governança de redes tem singularidades. Examinando-se a tipologia clássica de dos mecanismos de governança de Williamson (1985), verifica-se que a governança de redes é diferente da governança de mercado e da governança de organizações hierárquicas.

Na governança de mercado, o mecanismo central de coordenação são os preços, com o pressuposto de que exista uma difusão espontânea de informações sobre os custos, produtos e inovações; a motivação nos mercados é alcançada principalmente por meio de incentivos financeiros. Na governança de organizações hierárquicas, a coordenação é feita principalmente pelo uso de planos,

rotinas e protocolos desenhados por aqueles que ocupam o topo da escala de hierarquias da organização; na organização das hierarquias o meio para garantir a coordenação é o uso do poder hierárquico efetivado pelos gestores. Na governança de redes, a coordenação é realizada por meio de interação entre gestores interdependentes em processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e conteúdo das tarefas; os meios para realização da coordenação nas redes são mais complexos do que em mercados e hierarquias, pois as redes dependem fortemente de adesão voluntária às normas sociais com base em confiança e reciprocidade.

Nas sociedades modernas um enfoque consequente de gestão pública tem que levar em consideração normas e valores que vão além dos critérios de efetividade e eficiência que dominaram o debate sobre a 'nova gestão pública', na segunda metade do século passado, e que incorpore a complexidade do ambiente governamental. Nesse sentido, a gestão pública em redes constitui a governança de redes complexas, constituídas por diferentes atores situados nos âmbitos nacional, estadual ou local, grupos políticos e sociais, grupos de interesses e pressão, movimentos sociais e organizações públicas e privadas. A governança pública é a influência dos processos societários numa rede de muitos outros coatores de governança. Esses atores têm interesses diversos e, muitas vezes, conflitantes. O governo não é um ator dominante que pode impor unilateralmente seus desejos. Estruturas hierárquicas de centralismo impositivo e de ações de cima para baixo não funcionam numa rede. Os estilos de gestão e coordenação monocêntricos e monorracionais não se adequam às redes (KICKERT, KOPPEJAN, 1999).

Com esses referenciais teóricos, pode-se definir governança de RAS como o arranjo organizativo pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes dessas redes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação,

a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita (MENDES, 2011).

Os objetivos da governança das RAS são garantir o cumprimento dos pactos e acordos entre os atores, o manejo dos conflitos de interesse, o direcionamento da ação segundo os princípios da transparência e prestação de contas, a progressiva estabilização da rede baseada em resultados dos pactos entre os atores, o respeito às regras do jogo e os resultados da rede. Os princípios da boa governança de RAS são os seguintes: o princípio da prestação de contas que implica a supervisão da atuação dos atores da rede; o princípio da transparência que incrementa a legitimidade do processo de tomada de decisão e que permite concretizar o princípio da prestação de contas; o princípio da participação segundo o qual os atores devem incorporar-se ao processo de tomada de decisões estratégicas de acordo com as regras do jogo estabelecidas; o princípio da eficácia necessário para alcançar os objetivos das RAS; e o princípio da coerência segundo o qual os objetivos e ações da RAS devem estar baseados na visão e estar coordenados (FRANCESS ET AL., 2012).

Os componentes da governança das RAS são atores estratégicos e recursos de poder, as regras do jogo e os âmbitos de responsabilidade. Os atores estratégicos são os indivíduos ou grupos com recursos de poder suficientes para influir no funcionamento das regras ou procedimentos de tomada de decisões e de solução de conflitos coletivos. As regras do jogo referem-se a regulamentos, leis e outros procedimentos que regulam a forma em que se fazem os debates, se alcançam acordos e se dirimem os conflitos nos espaços públicos de decisão. Os âmbitos de responsabilidades são: o planejamento territorial, o planejamento estratégico, o sistema de contratualização, a coordenação assistencial, o sistema de monitoramento e avaliação, a participação social, a prestação de contas, as estratégias de comunicação interna e externa, o sistema de acreditação e o sistema de financiamento (FRANCESS

ET AL., 2012).

Essa incursão no campo da teoria da governança pública de RAS, somada às características intrínsecas do federalismo cooperativo que se pratica no Brasil (ABRÚCIO, 2002), apontam no sentido de que os mecanismos de governança de RAS no SUS, exercitados por Comissões Intergestores (CIT, CIBs e CIRs) podem ser adequados.

Esses mecanismos decisórios, não raro, são criticados por serem burocráticos, lentos em suas decisões, muito complexos e com autoridades decisórias indefinidas. A partir dessas críticas, propõem-se soluções que visam a instituir mecanismos institucionais à semelhança dos que existem em países que são unitários (p. ex. Suécia) ou com um federalismo singular que imputa a um ente federativo o exercício da governança da saúde (p. ex., Espanha e Itália). Algumas soluções propostas buscam estruturar mecanismos de coordenação monocêntrica nas regiões de saúde, próprios da governança hierárquica e que conflitam com as características fundamentais da governança em redes que são coordenação pluricêntrica, negociação, decisão por consenso, cooperação e interdependência.

Já que o federalismo cooperativo brasileiro, composto pela trina federativa e com participação importante dos municípios na governança da saúde, dificilmente vai ser mudado, parece-me que o mecanismo das Comissões Intergestores deva ser mantido e aperfeiçoado.

O principal problema das Comissões Intergestores é que elas se fixaram excessivamente na sua institucionalidade e não foram capazes de utilizar instrumentos de governança efetivos. Em geral, funcionam fazendo pactos e registrando-os em atas, o que é insuficiente para a governança de RAS. Além disso, falta a presença na arena decisória de atores estratégicos fundamentais como os prestadores de serviços.

É preciso apostar em instrumentos de governança que se tornem rotineiros. No texto o autor aponta uma série deles que já estão

incorporados na normativa do SUS e que devem ser implantados.

Quero ressaltar a importância fundamental de organizar efetivamente a governança regional do SUS. Esse é um desafio urgente e que passa, anteriormente, pela reconfiguração das regiões de saúde, conforme discuti anteriormente. A partir de regiões de saúde que incluam, em seu interior, os recursos da APS, da atenção secundária ('média complexidade') e da atenção terciária ('alta complexidade'), devem ser reforçadas, em sua institucionalidade e em seus mecanismos de governança, as Comissões Intergestores Regionais, garantindo a presença de atores institucionais estratégicos como os prestadores de serviços e os Conselhos de Saúde.

Uma experiência feita na Região Norte de Minas Gerais, na governança regional da Rede de Urgência e Emergência, com a presença de prestadores de serviços num Comitê Gestor apresentou resultados muito positivos (SOUSA, 2012).

O financiamento

Sobre o desafio do financiamento o autor explica:

Não é possível financiar de forma mais moderna, eficiente e equânime os serviços, baseado apenas em uma tabela virtual de procedimentos e atrelando-se o seu pagamento a esta tabela unicamente, do mesmo formato feito nas últimas três décadas, precedendo ao próprio SUS. Este formato não contribui para a efetivação de redes como caminho para a busca da integralidade do cuidado do conjunto das necessidades, mas incentiva procedimentos mais custosos e nem sempre os necessários, sugando os mesmos recursos que poderiam ser mais bem alocados e faltam em outros campos. É necessário caminhar para um financiamento baseado em resultados e performance, com base população e de utilização, e também mais simples (p. 31).

Concordo com o autor e reitero suas preocupações sobre o superado modelo de pagamento aos prestadores praticado pelo SUS. Contudo não posso deixar de colocar uma premissa. Não há como financiar as RAS com a quantidade de recursos públicos destinados, hoje, ao nosso sistema público de atenção à saúde. O financiamento do SUS constitui um nó crítico que não tem sido desatado por nenhum governo, ao longo dos anos.

Os dados da Organização Mundial da Saúde de 2014 mostram que o Brasil não gasta pouco em saúde porque despende 8,9% do PIB, um valor muito próximo à média dos países ricos. O que é muito baixo é o gasto público que representa 4,0% do PIB, o que significa 45,7% do gasto total em saúde e um gasto per capita anula de US\$ 474,00. As evidências indicam que nenhum país que desenvolveu sistemas públicos universais tem menos de 70% de gastos públicos como porcentual dos gastos totais em saúde, o que aplicado ao Brasil corresponderia a 6,2% do PIB. A razão disso está no baixíssimo porcentual de gastos em saúde no gasto total dos governos brasileiros, apenas 8,7%, enquanto a Argentina apresenta um valor de 21,7%, o Canadá 17,4%, a Costa Rica 28,0%, o Panamá 12,8% e o Uruguai 21,8% (WHO, 2014).

Esses dados mostram, de forma eloquente, que há um subfinanciamento do SUS e que com este nível de dispêndio público não se pode chegar a um sistema público universal de qualidade, colocando limites muito estreitos, do ponto de vista econômico, à implantação das RAS.

Entretanto, somente mais dinheiro não resolverá os problemas do SUS e não incentivará a organização das RAS.

Um bom sistema de financiamento da atenção à saúde é aquele se faz de forma equitativa, que incentiva os prestadores a prover serviços de forma eficiente e com qualidade, que induz a que os serviços produzidos melhorem os níveis de saúde gerando valor para as pessoas e que permite aumentar o valor do dinheiro empregado.

O sistema de financiamento é um dos elementos mais potentes com que contam os entes de governança das RAS para alcançar seus objetivos de eficiência, qualidade e coordenação da atenção porque contém, em si, os incentivos econômicos que norteiam as ações de gestores e de prestadores de serviços. Ou seja, é fundamental que o sistema de financiamento esteja alinhado com os objetivos das RAS.

Os recursos do SUS, além de insuficientes, estão totalmente desalinhados dos objetivos das RAS. Há um forte predomínio das formas de pagamento por procedimentos, muitas vezes expressas em tabelas anacrônicas e com enormes distorções de preços relativos. Esse tipo de pagamento aos prestadores incentiva a prestação de mais serviços de maior densidade tecnológica, mas desincentiva os serviços mais custo-efetivos e mais necessários do ponto de vista sanitário. O caso dos Estados

Unidos é emblemático porque, naquele país, 30% a 40% do gasto total são com serviços desnecessários e metade dos procedimentos consumidos são resultado da orientação de médicos e de fornecedores e não das necessidades da população (CHRISTENSEN ET AL., 2009).

Portanto, é fundamental mudar a forma de pagamento aos prestadores, incentivando modos de pagar que incentivem os cuidados preventivos e a atenção que gere valor para as pessoas usuárias. Dentre essas formas estão o pagamento por orçamento global, a captação ajustada e o pagamento por um ciclo completo de atendimento a uma condição de saúde.

Além disso, o sistema de pagamento nas RAS deve conter incentivos de desempenho que induzam ao aumento da produtividade e à utilização de procedimentos custo-efetivos. ■

Referências

ABRUCIO, F. L. *Federação e mecanismos de cooperação intergovernamental: o caso brasileiro em perspectiva comparada*. São Paulo: Relatório final, 2002.

AGUILLAR, L. F. *Gobernanza: normalización conceptual y nuevas cuestiones*. Barcelona: ESADE; Cátedra Liderazgo y Gobernanza Democrática, 2009.

BRASIL. 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] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 29 jun.2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 13 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 13 ago. 2014.

CHRISTENSEN, C. M. et al. *Inovação na gestão da saúde: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade*. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FRANCESCO, J. M. et al. *La gobernanza de las redes integradas de salud* (RISS): contextos, modelos y actores en América Latina. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2012.

- INSTITUTE OF MEDICINE. *Interpreting the volume-outcome relationship in the context of health care quality: workshop summary*. Washington: The National Academies Press, 2000.
- KICKERT, W. J. M., KOPPENJAN, J. F. M. Public management and network management: an overview. In: KICKERT, W. J. M., KLINJ, E.H., KOPPENJAN, J.M.F. *Managing complex networks: strategies for the public sector*. London: Sage Publications, 1999.
- KLINJ, E. H. Policy networks: an overview. In: KICKERT, W. J. M., KLINJ, E. H. KOPPENJAN, J. M. F. *Managing complex networks: strategies for the public sector*. London: Sage Publications, 1999.
- MAINTZ, R. *Governing as governance*. Barcelona: Instituto Internacional de Governabilidad, 2000.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- . *A governança de redes de atenção à saúde no âmbito regional: Documento para o Laboratório de Governança Regional do SUS*. Belo Horizonte, 2013.
- MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações*. 2.ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003.
- NORONHA, J. C. et al. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e qualidade do cuidado: a caso da cirurgia coronariana no SUS. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1781-1789, 2003.
- OOMS, G. *The diagonal approach to Global Fund financing: a cure for the broad malaise of health systems?* Disponível em: <<http://www.globalizationandhealth.com>>. Acesso em: 8 jul 2010.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde, 2003.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington, DC: HSS; IHS; OPS, 2010.
- SOUSA, S. F. *A rede de urgência e emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso*. 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.
- VARGAS, I. et al. *Mecanismos de coordinación asistencial*. Washington, DC: HSS; SIS; OPS, 2011.
- WILLIAMSON, O. E. *The economic institutions of capitalism*. New York: Free Press, 1985.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World health statistics 2014*. Geneva: WHO, 2014.

Redes integradas de cuidados e a pesquisa necessária

Integrated care networks and necessary research

José Carvalho de Noronha¹

Magalhães Jr. apresenta uma abrangente revisão da base conceitual e das ações implementadas entre 2011 e 2014 no Brasil. Deixa claro o quanto se avançou na compreensão das necessárias mudanças no modelo assistencial do sistema de saúde brasileiro e na sua implementação, bem como nos desafios colocados pelo processo.

Evidentemente, a estruturação de redes assistenciais dependerá, essencialmente, da disponibilidade e da acessibilidade aos serviços de saúde, a par do estabelecimento dos mecanismos de integração e articulação. Não é pretensão deste texto examinar, sequer superficialmente, a distribuição, o acesso e o uso dos serviços de saúde no País e sua correspondência com o perfil de morbimortalidade de sua população. Trata mais de um breve exame da seleção de três conjuntos de questões conceituais e metodológicas provocadas pelo artigo em debate.

O primeiro, de significativas implicações práticas, diz respeito à conceituação dos problemas de saúde decorrentes do envelhecimento populacional e aos consequentes arranjos tecnológicos, incluindo força de trabalho, para lidar com eles. Cochrane (1973) já chamava atenção para a mudança do paradigma dos cuidados em saúde da cura para o cuidado. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) estabeleceu um conceito de 'condições crônicas' como aquelas que 'requerem cuidados continuados' por um período de anos ou décadas, ultrapassando o conceito tradicional de doenças crônicas (como diabetes, asma ou insuficiência cardíaca) para incluir doenças transmissíveis, para as quais o avanço tecnológico transformou seu curso, como HIV-Aids, distúrbios mentais (como esquizofrenia) e incapacidades não classificáveis como doenças, como cegueira e problemas musculoesqueléticos. Embora existam várias nomenclaturas e persistam controvérsias sobre o melhor processo classificatório dessas condições,

o denominador comum é que estas condições requerem uma resposta complexa ao longo de um período de tempo prolongado que envolve intervenções coordenadas de uma ampla gama de profissionais de saúde e acesso a medicamentos essenciais e sistemas de monitoramento que precisam estar otimamente incorporado dentro de um sistema que promova o empoderamento do paciente (NOLTE; MCKEE, 2008. P. 1).

Diante do exposto anteriormente, pode resultar complexo, no esforço de superar a fragmentação do cuidado, o desenvolvimento de redes temáticas paralelas, das quais, a de doenças crônicas constitui-se em uma rede à parte. Não se negam as particularidades que existem no atendimento à maternidade ou às urgências e emergências, como existem na abordagem do paciente com câncer, cardiopatia, idoso ou em outras condições, mas o que

¹ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Organizador da iniciativa Brasil Saúde Amanhã - Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro da Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro, Brasil. jose.noronha@icict.fiocruz.br

é preciso articular são justamente redes integradas de cuidados. Isso ganha ainda maior relevância quando observamos que a imensa maioria dos pacientes apresenta múltiplas morbidades.

Outro aspecto a ser considerado é a mudança significativa do papel da Atenção Básica, que, além de não se constituir mais em exclusiva porta de entrada (como reconhece o próprio Decreto 7508), perde, por inexistir, o que seria seu caráter 'resolutivo' e assume um significativo papel de coordenação e integração dos cuidados nos níveis horizontal e vertical (nos termos examinados por Silva, 2011).

O segundo grupo de questões deriva dos processos de gestão das redes, sobretudo em um sistema de saúde tripartite de base municipal, em um país com elevado grau de urbanização e aglomeração urbana, que atingiu 84,3% da população em 2010. Desse percentual, pouco mais da metade vive em 34 Regiões Metropolitanas e 3 Regiões Integradas de Desenvolvimento (Rides) (IBGE, 2010). Ou seja, em apenas 38 áreas conurbadas onde as fronteiras municipais são borradas – e, nos casos das Rides, também as fronteiras estaduais. Nessas áreas contíguas, os polos são predominantemente definidos pelos meios de transporte e pela proximidade temporal. Não existem barreiras geográficas significativas para o acesso, e a população espontaneamente desloca-se em direção às maiores facilidades de acesso aos serviços, que julgam que melhor responderão às suas necessidades. Nessas regiões, há uma imensa disparidade de tamanhos e capacidades entre os municípios que as integram. Isso requer, para a adequada regulação assistencial, o estabelecimento de acordos de coordenação e comando supramunicipais, seja pela presença mais forte do ente estadual, seja pela constituição de autoridade específica. É discutível se a presença da União não seria também desejável.

Finalmente, é preciso avançar em uma agenda de pesquisas que permita a remodelagem do sistema de saúde brasileiro através da organização de redes integradas de

cuidados em bases mais sólidas. No contexto da iniciativa de prospecção estratégica Brasil Saúde Amanhã, desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz (www.saudeamanha.fiocruz.br), Ouverney e Noronha (2013) concluem o capítulo de modelos de organização e gestão da atenção à saúde propondo uma agenda de dez linhas prioritárias:

1. Perfil da demanda e da oferta de ações e serviços de saúde: estudos sobre o comportamento da demanda por ações e serviços de saúde, tendo em vista tanto as tendências nos padrões socioeconômico, demográfico e epidemiológico do País nas próximas décadas quanto as relações entre suas unidades político-administrativas.

2. Arranjos territoriais de referenciamento da política: estudos relativos às alternativas de composição de unidades geográficas de base para o referenciamento das ações e serviços de saúde, considerando a necessidade de compor arranjos funcionais de serviços baseados em critérios de escopo, escala e necessidades de saúde da população em um território com a extensão e as diversidades socioeconômica, política e cultural como o brasileiro.

3. Atenção primária como coordenadora do cuidado: estudos referentes às características de organização e dinâmica de funcionamento da Estratégia Saúde da Família (ESF), especificamente no que concerne à atuação como porta de entrada do sistema, sua competência para responder de forma resolutiva aos problemas de saúde mais comuns da população e à capacidade de coordenação do cuidado médico especializado e de articulação com outros cuidados sociais.

4. Novos formatos de organização de serviços: estudos sobre tendências de formação profissional em saúde, formatos de organização de equipes de trabalho, tipos de unidades de saúde, utilização de tecnologias remotas de trabalho, humanização da relação profissional/cidadão/família, modelos de atenção alternativos ao paradigma biomédico etc., cuidados domiciliares, com o objetivo de criar oportunidades de

desenvolvimento de formatos mais resolutivos, flexíveis e integrados, especialmente os voltados para condições crônicas.

5. Gestão da clínica em redes de atenção: estudos sobre experiências de utilização de mecanismos típicos de gestão da clínica, tais como protocolos de cuidados, metodologias de classificação de risco, gestão de casos, linhas de cuidado, gestão de patologias, auditoria clínica, entre outros, buscando identificar que fatores institucionais favorecem sua incorporação, quais os resultados em termos de integração do cuidado, quais os impactos em termos de qualidade, eficiência e satisfação do usuário, entre outros.

6. Sistema de apoio e sistemas logísticos: estudo sobre a eficiência de diferentes formatos de sistemas de apoio diagnóstico, de transporte em saúde, de acesso regulado, de assistência farmacêutica etc., em diferentes contextos político-administrativos (municípios de diversos tamanhos, estados e União), econômicos e culturais, com o objetivo de identificar quais formatos são mais adequados a determinados contextos, como interagem com o processo de integração clínica, como podem ser articulados entre si etc.

7. Integração entre cuidados médicos e cuidados sociais: estudos relativos às estratégias e aos instrumentos utilizados nos processos de articulação entre as ações de saúde e as de outras políticas sociais, tais como educação, previdência, assistência social, habitação, saneamento, meio ambiente, emprego e renda, justiça, segurança pública, transportes, entre outras. Ênfase especial poderia ser conferida aos condicionantes dessa articulação (institucional, gerencial, econômico, político e cultural), assim como aos resultados em termos de seus impactos sobre a evolução de condições de saúde da população, especialmente nos casos de condições crônicas.

8. Sistemas de avaliação e melhoria da qualidade: estudos referentes às estratégias de introdução de programas de avaliação da qualidade da atenção prestada e de métodos de avaliação de desempenho de profissionais,

equipes, unidades, arranjos de unidades por metas coletivas, município, regiões de saúde etc. A análise das principais barreiras encontradas, das estratégias empregadas para superá-las e das inovações construídas podem ser de interesse especial para processos de *benchmarking*.

9. Acesso e integração regional: estudos relativos a estratégias de integração entre sistemas municipais de saúde de menor porte e complexidade e os centros regionais e estaduais de referência, especialmente no que se refere ao planejamento de oferta complementar, alocação da oferta existente, equidade no acesso, instrumentos de regulação gerencial etc.

10. Eficiência econômica e racionalidade sistêmica: estudos sobre eficiência técnica e alocativa de recursos, relacionada a tratamentos especializados, equipamentos, insumos, processos de trabalho em saúde etc., com o objetivo de proporcionar subsídios consistentes para reduzir custos, buscar tecnologias alternativas com maior potencial de equidade e ampliar o bem-estar e a qualidade de vida dos usuários. Outros temas também poderiam ser abordados nesse conjunto, como a análise da dinâmica de difusão de novas tecnologias em saúde, os processos de incorporação de medicamentos e equipamentos, estratégia de obtenção de economias de escopo e escala na média e na alta complexidade, entre outros.

A nova etapa de estruturação do Sistema Único de Saúde brasileiro recém começou. Permanece como fator desorganizador a pesada e inequitativa presença de um setor privado anárquico e fragmentado, fortemente subsidiado por elisões e renúncias fiscais, que precisa ser contida e administrada. Da mesma forma, os déficits críticos para o financiamento do SUS necessitam ser superados, mas a construção de bases sólidas de conhecimento para sua edificação não pode ser deixada de lado.

Além disso, o sistema de pagamento nas RAS deve conter incentivos de desempenho que induzam ao aumento da produtividade e à utilização de procedimentos custo-efetivos. ■

Referências

- COCHRANE, A. L. *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Regiões metropolitanas. In: _____. *Sinopse do censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/sinopse_tab_rm_zip.shtm>. Acesso em: 29 jul. 2014.
- NOLTE, E.; MCKEE, M. (Ed.). *Caring for people with chronic conditions: a health system perspective*. Maidenhead: Open University Press, 2008.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde, 2002.
- OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de Organização e Gestão da Atenção à Saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. v.3. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2013. p. 141-182. Disponível em: <http://saudeamanha.fiocruz.br/sites/saudeamanha.fiocruz.br/files/publicacoes/ASaudeNoBrasilEm2030_V3_Modelos_de_Organizacao_e_Gestao_da_Atencao_a_Saude.pdf>. Acesso em: 29 jul. 2014.
- SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

Comentários: Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade

Comments: Health Care Networks: towards the integrality

Wilson Alecrim¹, Beatriz Figueiredo Dobashi²

Discutir questões relativas às Redes de Atenção à Saúde (RAS) é pauta permanente na agenda do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), considerando o papel aglutinador, coordenador, capacitador e cofinanciador da gestão estadual, a importância de atuar em rede para qualificação do cuidado e, principalmente, a relevância da busca da integralidade da atenção.

Evidentemente, não se trata aqui de debater o artigo em si, muito bem apresentado pelo Dr. Helvécio Magalhães, no qual promove o debate acerca das considerações contidas no artigo ‘Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade’, discutindo a atual situação do processo de implantação das RAS nas diversas regiões brasileiras e apontando sugestões para o enfrentamento dos desafios existentes, as quais incluem: a adoção de uma política de Educação Permanente; o resgate da solidariedade entre os gestores, conforme previsto nos preceitos da Constituição Federal Brasileira; a melhoria do financiamento de forma tripartite; o resgate do processo de planejamento em nível regional, bem como o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado. Trata-se de comentar a situação atual da implantação das RAS nas diversas regiões brasileiras, com o intuito de buscar soluções para questões nevrálgicas que estão a impedir o efetivo funcionamento dessa forma importante de organização dos serviços de saúde.

No processo percorrido pela organização das RAS, no Brasil, nos últimos cinco anos, pode-se dizer que a configuração da política de caráter estruturante, os marcos conceituais e a definição dos temas prioritários são irretocáveis e atendem aos ditames do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, aos dispositivos do Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 2011).

Entretanto, na prática, muitos desafios estiveram e ainda estão presentes, tais como:

1. As dificuldades para efetivar a função regulatória, que ainda não conseguiu cumprir seu papel de garantia de acesso, mantendo as iniquidades da fila de espera;
2. A insuficiência do financiamento por parte das três esferas de governo, impedindo a ampliação de serviços, com uma demanda cada vez maior;
3. Ainda com relação à ampliação da oferta, a demora no credenciamento/habilitação de novos serviços, pois foi mantido o fluxo centralizado na esfera federal para esse procedimento, em que pesem as normativas advindas do Pacto pela Saúde, em 2006, no sentido de fortalecer a governança regional;

¹ Mestre em Medicina Tropical pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. Secretário de Saúde do Estado do Amazonas. Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) – Brasília (DF), Brasil.
gabinete@conass.org.br

² Especialista em Medicina do Trabalho pela Fundação de Segurança e Medicina do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego (Fundacentro), em parceria com a Universidade Estadual de Mato Grosso (UEMS) – Campo Grande (MS), Brasil. Assessora Técnica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) – Brasília (DF), Brasil.
dobashi@terra.com.br

4. A dificuldade, em muitos casos, da Atenção Primária à Saúde em exercer o papel de norteadora das RAS, sendo resolutive, organizadora e corresponsável pela saúde dos cidadãos, em qualquer ponto de atenção em que eles estejam (CONASS, 2009);

5. A resistência dos hospitais que insistem em operar como um serviço finalístico e não como ponto de atenção da RAS, negligenciando procedimentos importantes, como a alta responsável, com elaboração de histórico a ser entregue ao médico da atenção primária, a fim de conferir continuidade ao cuidado;

6. A inexistência de um sistema de informação potente, articulado ao Cartão SUS, que pudesse interligar os diversos níveis de atenção;

7. A falta de solidariedade entre os gestores no momento das pactuações e dos remanejamentos orçamentários, bem como a política de adesão, que deixa lacunas em regiões onde implantar as RAS é primordial para a continuidade do cuidado. É difícil a convivência entre o princípio da descentralização e o conceito de Rede envolvendo esferas diferentes de gestão.

Esses são somente alguns exemplos, havendo muitos outros a enfrentar, uma vez que não existe outra alternativa à atuação em rede, considerando que as mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais levam à definição de novos modelos mais flexíveis, articulados com o serviço social e permitindo ao usuário maior protagonismo.

As RAS são o resultado da forma como se organizam os serviços de saúde em determinados espaços (territórios), incluindo as diferentes unidades prestadoras de diversas densidades tecnológicas e as relações que se estabelecem dentro e entre elas (MENDES, 2009).

A territorialização consiste em um dos pressupostos da organização dos processos

de trabalho e das práticas de saúde, considerando-se uma atuação em uma delimitação espacial previamente determinada (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Na verdade, o estágio brasileiro de adoção das RAS coincide com um movimento existente em diversos países europeus de redesenhar suas Redes, tornando-as orientadas por resultados, por processos de atenção.

Assim, estados e municípios brasileiros têm a oportunidade de acolher as ‘novas Redes’ capazes de melhorar o cuidado, melhorando a eficiência no uso dos recursos, garantindo a equidade no acesso, a sustentabilidade e a coesão social.

A integração com o setor social é a resposta que vem sendo dada às mudanças ocorridas também nos usuários, cujas necessidades vão se diversificando dia a dia e obrigando os serviços de saúde a buscar a adaptação mais adequada possível: diversidade cultural; promoção ou resgate da autonomia pessoal; responsabilidade com a promoção da saúde e utilização responsável dos serviços (LAMATA, 2011).

Por outro lado, é importantíssimo o papel dos profissionais de saúde, no que diz respeito ao conhecimento técnico e ao compromisso com o serviço, o que remete às questões da formação profissional e, principalmente, da fixação da força de trabalho em saúde, em especial, do médico, o que é um grande desafio nas regiões norte, nordeste e centro-oeste.

Também é preciso fazer referência aos novos recursos de comunicação, em especial, aos quesitos do Telessaúde – programa que ainda é bastante subutilizado, quando poderia representar a superação das distâncias e o conforto da segunda opinião. Outra ferramenta importante para atuação em rede é a participação transversal da vigilância em saúde, intervindo nas causas, nos riscos e danos das doenças e dos agravos (TEIXEIRA; PAIM; VILASBOAS, 1998).

Sempre apontando as exceções, pode-se afirmar que a vigilância em saúde não fez parte das discussões para implantação das RAS, permanecendo como setor organizativo,

isolado das implementações promovidas ‘pelo pessoal da assistência’.

Ainda nesse contexto, o processo de planejamento regional para organização das Redes, talvez pela escassez de recursos financeiros, não conseguiu olhar as necessidades demandadas e sentidas nos diferentes territórios; limitou-se a discutir os serviços existentes, suas limitações e insuficiências.

Muitos municípios ainda não conseguiram cobertura integral da APS, com todos os requisitos já mencionados. Em várias regiões, não existe suficiência em média complexidade ambulatorial, nem unidade hospitalar, sendo grande a presença dos hospitais de pequeno porte que demandam um volume grande de recursos financeiros sem a correspondente resolutividade. Em que pese a edição de política específica, por parte do governo federal, há uma grande polêmica entre os prefeitos e os conselhos de saúde ante a ideia de ‘fechar o único hospital da cidade’.

Portanto, há de se contar com uma forte decisão dos gestores do SUS enquanto atores sociais, responsáveis, protagonistas e instituidores da organização do sistema de saúde, nas três instâncias federativas, no sentido de construir articuladamente políticas solidárias e resolutivas que orientem a implantação das RAS. Além disso, como foi aqui exposto, há uma gama de aspectos a serem considerados quando da implantação das RAS, sem esquecer-se do processo de monitoramento e avaliação contínuo.

Há uma demanda urgente de articulação das diversas estratégias voltadas para a superação dos desafios de:

- Fortalecimento da APS;
- Redirecionamento da formação dos profissionais de saúde;
- Consolidação dos programas de fixação desses profissionais, como o Mais Médicos;
- Elaboração de normas, rotinas e

protocolos, buscando a padronização (sem engessamento) das Redes nas diversas regiões de saúde;

- Fortalecimento da política de Educação Permanente, incluindo a disseminação do uso do Telessaúde;
- Reunião, no sentido da articulação, dos grupos condutores com os Colegiados Intergestores Regionais, a fim de fortalecer a governança regional, incluindo o manuseio de indicadores robustos que possam fornecer informação segura sobre o desenvolvimento das ações; e, especialmente,
- Otimização do financiamento das RAS, tornando-o suficiente, regular e, mais que tudo, tripartite.

Não se pode negar que o governo federal deu um salto positivo quando implantou os repasses financeiros agregados às RAS, mantendo a via fundo a fundo. Entretanto, nos pequenos municípios, os problemas de escala permaneceram e se uniram às distâncias, às dificuldades de transporte.

Na realidade do dia a dia, é inviável que uma mulher em trabalho de parto seja levada ao município mais próximo, sem que se sinta insegura e desconfortável por ficar longe da família e de quem realizou o seu pré-natal.

Também não é simples se deslocar três vezes por semana para ser submetido à hemodiálise, já que o transporte sanitário é realidade em pouquíssimos lugares, seja pela falta de recursos para sua manutenção, seja pela inexperiência com a logística.

E o que dizer das urgências, em lugares sem qualquer condição de atendê-las? E aquelas estabilizadas nas salas recentemente construídas, mas ainda não habilitadas, localizadas fora da área de deslocamento do Samu?

Ou seja, ainda que superados os desafios técnicos e operacionais da implantação e do funcionamento das RAS, ainda será necessário buscar alternativas para um país de

dimensões continentais como o Brasil.

Porém, nenhuma dessas dificuldades deve acarretar um retrocesso para os serviços isolados, o pagamento por procedimentos etc. Ao contrário, é preciso aprimorar o que já foi conquistado; estimular efetivamente o planejamento regional, incluindo uma discussão aprofundada sobre as necessidades da população; o perfil epidemiológico e socioeconômico da região; as estratégias para uma Educação Permanente e, acima de tudo, um

consorciamento no sentido da solidariedade entre os municípios.

É preciso retomar a elaboração do Contrato Organizativo de Ação Pública, não como um contrato burocrático e inviável, mas, sim, como um pacto de gestão pautado pela cooperação e pela transparência, com ações concretas e realizáveis, centradas no indivíduo e em sua família, afastando de forma definitiva o fantasma da iniquidade. ■

Referências

BRASIL. 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] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 28 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 04 jul. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *Relatório do seminário para construção de consensos sobre modelo de atenção à saúde no SUS*. Brasília: DF: CONASS, 2009. Nota Técnica nº 01/2009.

LAMATA, C.F. *Atención sanitaria y redes de servicios*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2011.

MENDES E.V. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MONKEN M. BAECellos C. Vigilância em Saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, mai-jun, 2005.

TEIXEIRA C.F. PAIM J.S. VILASBOAS A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância em saúde. *Inform. Epidemiol. SUS*, Brasília, DF, v. 7, p. 7-28, 1998.

Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais

Rede Cegonha: *challenges of cultural changes in obstetric and neonatal practices*

¹ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. Diretor Geral da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. Professor adjunto no Departamento de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) - Florianópolis (SC), Brasil. dario.pasche@ig.com.br

² Médica Ginecologista e Obstetra titulada pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e Especialista em Fitoterapia pela Universidade Federal de Goiás (UFG) - Goiânia (GO), Brasil. Coordenadora Geral de Saúde da Mulheres do Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. mariaesther.vilela@gmail.com

³ Especialista em Gestão Pública pela Escola Nacional de Administração Pública (Enap) - Brasília (DF), Brasil. Assessora do Gabinete do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. mdg1505@gmail.com

⁴ Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. Coordenador Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. paulobonilha@hotmail.com

⁵ Mestre em Políticas Públicas pela Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil. Diretora substituta do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes) do Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. therezadelamare@yahoo.com.br

Dário Frederico Pasche¹, Maria Esther de Albuquerque Vilela², Miriam Di Giovanni³, Paulo Vicente Bonilha Almeida⁴, Thereza de Lamare Franco Netto⁵

RESUMO A redução das mortalidades materna e infantil tem sido uma preocupação importante da saúde pública mundial nas últimas décadas. Apesar dos avanços alcançados, os índices brasileiros ainda são altos, considerando o nível de desenvolvimento do País. A Rede Cegonha se apresenta como estratégia para redução das mortalidades materna e infantil, através da qualificação das ações e dos serviços de saúde. Investe-se de desafios importantes em relação a mudanças no modelo tecnoassistencial da atenção obstétrica e neonatal vigente e no paradigma cultural relacionado ao parto e ao nascimento construído no seio da sociedade brasileira. Neste artigo são abordados alguns dos aspectos mais relevantes destes desafios.

PALAVRAS-CHAVE Mortalidade materna; Mortalidade infantil; Humanização da assistência; Reforma dos serviços de saúde.

ABSTRACT *The reduction of maternal and infant mortality rates has been a major global public health concern in recent decades. Despite advances, Brazilian rates are still high considering the country's development level. Rede Cegonha is presented as a strategy for reducing maternal and child mortality through the improvement of the available health services. Changes in obstetric and neonatal technical care models are important for cultural model changes. This article examines some of the most relevant aspects of these challenges.*

KEYWORDS *Maternal mortality; Infant mortality; Humanization of assistance; Health care reform.*

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2008, 358 mil mulheres morreram, em todo o mundo, por causas relacionadas à gravidez e ao parto. Deste total, 99% ocorreram em países em desenvolvimento e a maior parte dos óbitos era evitável. De acordo com a OMS (2012), em 2010, 98% da mortalidade materna anual, em todo o mundo, se concentrava em 75 países, sendo o Brasil um deles.

A OMS também estima que cerca de oito milhões de crianças morrem, anualmente, no mundo, antes de completar cinco anos. Destas, três milhões vêm a óbito até 28 dias de vida – o chamado período neonatal. A maioria dessas mortes é por causas evitáveis.

A redução das mortalidades materna e infantil tem sido uma preocupação importante da saúde pública mundial nas últimas décadas. Evidência deste fato é a presença explícita destes temas na Declaração do Milênio, firmada no ano 2000 por 189 nações na Conferência do Milênio das Nações Unidas, com o compromisso de combater a extrema pobreza, a doença e outros males da sociedade. Assim, dentre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que deverão ser alcançados até 2015, estão presentes a redução da mortalidade materna em três quartos e da mortalidade de crianças menores de cinco anos em dois terços (ONU, 2000).

No Brasil, os indicadores de mortalidade materna e infantil ainda são muito altos em relação aos dos países mais desenvolvidos. Entretanto, é importante notar que o Brasil obteve avanços nos últimos anos. De 1990 a 2013, o Brasil reduziu sua taxa de mortes maternas em 55,3%, caindo de 143 mulheres por 100 mil nascidos vivos, em 1990, para 63,9 mulheres por 100 mil nascidos vivos, em 2011. Ainda assim, os índices são altos, considerando que, em países desenvolvidos, a Razão de Morte Materna oscila entre seis e 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos, e que a meta para o Brasil é não ultrapassar, em 2015, 35 por 100.000 nascidos vivos.

A taxa de mortalidade na infância, no Brasil, já alcançou os índices de redução definidos nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), passando de 53,7 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 16,9, em 2012, cumprindo a meta com três anos de antecedência e apresentando uma das maiores taxas de redução do mundo, de 68,5%.

Apesar destes avanços importantes, essas taxas precisam ser reduzidas ainda mais, considerando que, mesmo na América Latina, alguns países, como Chile e Uruguai, já alcançaram mortalidade infantil de um dígito. Entretanto, o maior desafio enfrentado pelo Brasil hoje é a redução dos óbitos neonatais, cujas causas estão significativamente associadas à oferta e à qualidade de ações e serviços de saúde, especialmente a atenção ao parto, sendo que, para essa faixa etária, o País apresentou uma redução menor, quando comparada às demais faixas, de 55,8%, o que corresponde a de 23,1 óbitos por mil nascidos vivos para 10,2 óbitos por 1000 nascidos vivos.

Várias políticas públicas nacionais têm sido desenvolvidas nas últimas décadas com o objetivo de reduzir mortes maternas e infantis, como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), a Portaria nº 569/2000; o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal de 2004 (BRASIL, 2004); o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal; e o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais do Nordeste e da Amazônia Legal, ambos de 2009-2010 (BRASIL, 2009-2010).

Mais recentemente, em março de 2011, no bojo da articulação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), o Ministério da Saúde lança a Rede Cegonha (RC), tendo, entre seus objetivos, a redução das mortalidades materna e infantil – em especial, a neonatal –, através da qualificação da Atenção Básica – sobretudo, o componente pré-natal –; da atenção ao parto e ao nascimento; à mulher no puerpério; e à criança na primeira infância, com ênfase nos seus dois primeiros anos (BRASIL, 2011).

Entre os desafios colocados para a RC estão a necessidade de mudanças no modelo tecnoassistencial da atenção ao parto e ao nascimento vigente no Brasil, que produz excesso de medicalização; banalização da cesárea; desrespeito aos direitos da mulher e da criança (por exemplo, contar com acompanhante na internação para parto, bem como o recém-nascido internado em unidade neonatal contar com sua mãe, pai ou outro acompanhante); e o cuidado diferenciado aos adolescentes e jovens, entre outros.

A Rede Cegonha

No final de 2010, respondendo à necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde praticado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, as RAS e estabelece diretrizes para a organização do cuidado, visando à superação da

fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

Em 2011, no sentido de implementar as RAS e diante do desafio de construir estratégias específicas para a inclusão prioritária de populações estratégicas e seus segmentos mais vulneráveis, bem como de construir respostas para agravos de grande magnitude (como aqueles associados à condição de cronicidade) e situações críticas (como a organização da oferta de serviços de urgência e a emergência), o Ministério da Saúde propõe a organização de Redes de Atenção à Saúde Temática. A oferta assistencial em rede e o cuidado orientado para a observância de boas práticas na atenção obstétrica e infantil foram organizados através da Rede Cegonha, pactuada na Comissão Intergestora Tripartite,

espaço interfederativo onde os gestores das três esferas de governo definem responsabilidades na oferta e no financiamento das ações de saúde. Em março desse mesmo ano, a RC é lançada pela Presidenta da República e definida como uma política prioritária do governo e do Ministério da Saúde, sendo instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da Portaria MS/GM nº 1.459/2011.

A RC foi formulada e desenhada como estratégia de redução das mortalidades materna e infantil, bem como para garantir o respeito e a proteção dos Direitos Humanos em Saúde; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos estados.

A Rede Cegonha, nessa perspectiva, se apresenta como estratégia político-assistencial em contraposição ao modelo de atenção à saúde vigente, caracterizado pela fragmentação do cuidado em diferentes serviços de saúde, que pouco articulam suas ações assistenciais e compõem, quando muito, serviços isolados, com organização insuficiente para operar em lógica de rede de cuidados progressivos. Além disso, prestam serviços com predominância de práticas de atenção que pouco se baseiam em evidências científicas, marcadas por intensa medicalização, por intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, e pela não vinculação das gestantes ao local de ocorrência do parto, que, em geral, peregrinam pelos serviços. De outra parte, remete a serviços de saúde dotados de modelos de gestão da saúde geralmente tendentes à verticalização do mando, logo, pouco participativos, o que impõe aos usuários baixa interferência de seus interesses e necessidades na oferta do cuidado, em geral, despersonalizado; e ao conjunto dos trabalhadores, o recolhimento ao papel de cumpridores de tarefas, definidas, em geral, por chefias. A

combinação entre um modo de gerir e cuidar que pouco dialoga com usuários e trabalhadores tem resultado na oferta de um modelo tecnocrático de atenção ao parto e ao nascimento (PASCHE; VILELA; MARTINS, 2010).

De outra parte, a RC traz a necessidade de uma atuação mais proativa dos serviços de Atenção Básica, para um olhar mais cuidadoso para a população em idade reprodutiva que está sob sua responsabilidade no território. Além disso, busca identificar as necessidades em saúde das populações masculina e feminina em suas diversas faixas etárias, desenvolvendo estratégias para as ações de educação em saúde sexual e reprodutiva de acordo com as características dessas faixas etárias, em especial, as que envolvem adolescentes e jovens.

A RC sistematiza e busca implementar um modelo de atenção ao parto e ao nascimento que vem sendo discutido e construído no País desde os anos 90, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros (BRASIL, 2012).

Sendo assim, propõe um novo modelo que visa produzir mudança na lógica do cuidado, com oferta de boas práticas de atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento; promoção da saúde infantil e materna; prevenção da morbidade e mortalidade evitáveis; e normalidade do processo de parto e nascimento, tendo o parto como evento fisiológico e social, com protagonismo e estímulo da autonomia da mulher, pautado na responsabilidade ética e no cuidado centrado na mulher, no bebê e na família.

Essa rede orienta a atenção continuada, garantia de acesso e melhoria da qualidade do pré-natal (mínimo de seis consultas de pré-natal, exames clínicos e laboratoriais), vinculação da gestante à unidade de referência para o parto (saber com antecedência onde dará à luz), incorporação das boas práticas na atenção ao parto e ao nascimento (humanização e redução da violência obstétrica),

o direito a acompanhante de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério e garantia de seguimento da puérpera e da criança até o segundo ano de vida (BRASIL, 2012, P. 7).

Propõe, também, a garantia do acompanhamento da criança na Atenção Básica, com foco na avaliação e apoio ao desenvolvimento integral, em especial, na primeira infância: apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável; crescimento físico, desenvolvimento neuromotor, intelectual-cognitivo, socioemocional; e diagnóstico precoce e suporte intersetorial à família em situações de violência ou dinâmica familiar alterada.

Considerando a complexidade das mudanças demandadas, o processo de implementação da RC estabelece pactuação e gestão interfederativa, e aposta na governança participativa e na mobilização de movimentos sociais, universidades, gestores, trabalhadores, usuários do SUS e outros atores, motores da mudança nas práticas obstétricas e neonatais, e fundamentais para a produção de uma nova cultura de parto e nascimento. De outra parte, toma a qualificação dos profissionais, o apoio institucional e a disseminação de conhecimentos como ferramentas-chaves para a consolidação das mudanças.

O desafio da superação do modelo hegemônico de atenção ao parto e nascimento no Brasil

Durante o último século, os processos do cuidar do parto e do nascimento no Brasil sofreram graduais e significativas mudanças. Com o pressuposto de reduzir riscos, o parto foi gradativamente deslocado do domicílio para o hospital e passou de um evento familiar, centrado na mulher e assistido por parteiras, a um procedimento médico-cirúrgico.

Neste novo cenário, o parto e o nascimento passam a compor o rol das práticas médicas a partir da concepção biomédica, cujos focos são os nexos causais e a busca de regularidades a partir da construção científica de conhecimentos, além da incorporação de tecnologias, tanto na forma de insumos como na organização do ambiente e dos processos de trabalho, que ganham todas as feições do trabalho taylorizado, adjetivado de científico.

Marcado pela concepção higienista, este modelo é centrado no profissional médico como condutor do processo e na tecnologia como superior ao corpo feminino, submetendo a mulher a normas e rotinas rígidas, que não respeitam o seu ritmo natural.

O saber/poder técnico-científico se sobrepeõe à competência própria das mulheres para lidar com seu processo de parir que, paradoxalmente, é delegado a agentes técnicos. Nesse sentido, o parteiro deixa de ser um facilitador, aquele que assiste, para se apropriar, no ato do parto, de ação protagonista da mulher. Retirada do seu papel de protagonista, a mulher se torna frágil, se submetendo cada vez mais a uma tecnologia que a infantiliza, descaracteriza e violenta. O momento do parto e do nascimento passa a ser encarado pelas mulheres como momento de medo e ameaça à integridade da vida.

A cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga desse 'sofrimento', de proteção da dignidade, já que o modo de atenção ao parto 'normal' é considerado como degradante. Por outro lado, a cesariana é vista pelos profissionais de saúde, que se distanciam cada vez mais da arte de partejar, como conveniente, pois troca a imprevisibilidade do parto normal por um planejamento taylorista das cesáreas, se apoiando no mito da tecnologia como sempre segura e eficaz.

Algumas das consequências desse modelo são a maior taxa de cesarianas do mundo, altas morbidade e mortalidade materna e neonatal, e uma grande insatisfação das mulheres com

a experiência do parto. Pesquisas recentes demonstram que a cesariana de hora marcada, sem trabalho de parto, tem produzido o fenômeno da prematuridade tardia iatrogênica, levando expressiva porcentagem de recém-nascidos à internação em UTI neonatal. Para a mulher, a cesárea desnecessária contribui para a morbimortalidade materna, com efeitos deletérios imediatos e de longo prazo, muitas vezes invisíveis, com custos econômicos e sociais significativos.

Este cenário torna urgente e necessária a instituição de políticas públicas que atuem na mudança das práticas de atenção ao parto e ao nascimento nos serviços de saúde, nos currículos e campos de prática dos cursos de graduação e especialização em obstetrícia e neonatologia, na comunicação e na mobilização social, transformando o olhar da sociedade e os significados que temos desses eventos nos dias de hoje.

As questões de gênero e as boas práticas no parto e nascimento

Segundo Diniz, as práticas de atenção ao parto são determinadas pelo viés de gênero, partindo da concepção de que o corpo feminino é essencialmente defeituoso, imprevisível e perigoso, necessitando de correção e tutela. Esta relação de gênero é marcada pela culpabilização da sexualidade da mulher, inscrita na forma como são concebidos os espaços e as práticas de cuidado.

Em sua maioria, os espaços onde as mulheres vivenciam o trabalho de parto são coletivos e impessoais. Neles, a identidade de mulher é sucumbida, bem como suas referências culturais e sociais. Pré-parto anuncia, de imediato, que o parto taylorizado estipulou etapas para este evento, as quais passam a ocorrer em ambientes distintos, sobretudo em espaços de preparação, de espera e espaços para o ato de

parir (ou para a extração do feto). Esta lógica segmenta a assistência e não é incomum chegarem à mulher comandos para que ‘controle’ o período expulsivo, pois há o desejo de que ele aconteça nos únicos locais certos: a sala de parto ou o centro obstétrico.

Nos ambientes de pré-parto, em geral, as noções de confortabilidade, como iluminação, redução de ruídos e privacidade não são minimamente cuidadas. Ao contrário, o pré-parto traz inscrito em suas paredes a marca do sofrimento e é comumente percebido como ‘sala de sacrifícios’, o que transforma o trabalho de parto em expiação do prazer. E isto porque a assistência se dirige quase que unicamente para o parto em si, local de ação dos agentes biomédicos, que, na fase do trabalho de parto, têm pouco interesse e condições de interferir, a não ser com seus insumos biomédicos, como a prescrição de medicamentos para ampliar contrações, diminuir a dor etc.

A desqualificação da sexualidade das usuárias do SUS, outro elemento da assistência nos padrões biomédicos e tecnocráticos, se traduz como uma forma de discriminação e preconceito, acrescentando às questões de gênero as de classe social. Uma forte expressão deste viés é a negação ao direito ao acompanhante no parto, que, apesar de ser garantido por lei, é interdito às usuárias do SUS. O apoio contínuo durante o parto, oportunizado pela presença do acompanhante, traz inegáveis benefícios tanto para a mulher quanto para o bebê, sendo uma incongruência e uma negligência a privação deste recurso nos dias de hoje. Porém, ao consultar profissionais e gestores sobre este direito, justificativas de ordem organizativa do serviço ou estrutural são pontuadas, como falta de espaço, álibis para manter o estado de coisas. A atitude de desatenção e distanciamento dos profissionais de saúde para com as necessidades de apoio das mulheres durante o trabalho de parto sela a relação autoritária entre eles, ilustrada por tratamentos discriminatórios e culpabilizadores.

Obrigar a mulher a permanecer deitada no trabalho de parto, expor suas partes mais íntimas a qualquer um e dar ordens verbais que desqualificam o trabalho íntimo que ela realiza demonstram o quanto as práticas de atenção ao parto são forjadas na concepção de que este é um momento de exercício de poder sobre a mulher, desconsiderando suas competências próprias. Rotinas como jejum, venoclise, uso de fármacos para aceleração do parto, imposição de posições, episiotomia de rotina e separação mãe/bebê após o nascimento são alguns dos procedimentos que há quase 30 anos são considerados prejudiciais na assistência ao parto e ao nascimento, mas que ainda estão presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Outro viés da violência de gênero praticada na assistência ao parto e ao nascimento é a negação do direito do homem (pai, parceiro) de participar desse evento, contrariando o desejo de muitas mulheres.

Apesar de um conjunto de boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento baseadas em evidências científicas serem difundidas no meio acadêmico desde 1985, produto da Conferência Internacional de Tecnologia Apropriada para o Parto e Nascimento referendado pela OMS, poucas instituições, inclusive hospitais de ensino, têm respeitado a sua implementação nos serviços. As escolas continuam a ensinar práticas obsoletas e prejudiciais à boa evolução do parto e do nascimento, caracterizando uma resistência ao que hoje é atestado como seguro, benéfico e protetor para as mulheres e bebês.

Enfrentar esta realidade e qualificar a atenção ao parto e ao nascimento exige pensar sob outro paradigma, que coloque a mulher no centro do cuidado e inclua os aspectos sociais, afetivos e sexuais vivenciados na experiência do parir; que substitua a intervenção pela interação, a separação pela inclusão; e que altere as relações de poder. Exige um ‘não fazer mais do mesmo, mas fazer diferente’.

O desafio de fazer diferente na atenção ao parto e nascimento

Alterar as práticas de cuidado, reduzindo cesárias e intervenções desnecessárias, prevenindo morbidade severa e aumentando a satisfação das mulheres, exige deslocamentos identitários que permitam a inclusão de atores fundamentais na assistência obstétrica e neonatal: as enfermeiras obstétricas e as obstetrias. Países com bons indicadores de saúde materna e neonatal desenvolveram modelos de atenção contando com centros de parto normal e com a atuação das obstetrias, *midwives*, *sage-femmes* no cuidado às mulheres na gravidez, no parto e no puerpério.

Um estudo recente de coorte prospectivo nacional realizado na Inglaterra compara os resultados perinatais, os resultados maternos e intervenções no trabalho de parto de acordo com o local planejado para o parto em mulheres com gestações de baixo risco (BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP, 2011). Entre os locais planejados estão considerados: a casa da mulher, todas as casas de parto autônomas, todos os centros de parto normal peri-hospitalares (onde parteiras profissionais coordenam o serviço em local dentro do perímetro do hospital com serviço de obstetrícia) e uma amostra aleatória estratificada de centros obstétricos (onde médicos e parteiras profissionais trabalham em equipe hospitalar). Os resultados deste estudo apoiam a política de oferecer às mulheres saudáveis, com gravidez de baixo risco, a escolha do local de parto e nascimento. Mulheres que planejam o parto em casas de parto e centros de parto normal experimentam menos intervenções do que aquelas com partos planejados para uma unidade hospitalar de obstetrícia, sem haver impacto nos resultados perinatais.

Criar espaços existenciais significativos, respeitosos, dignos, acolhedores, que favoreçam o desenvolvimento de uma fisiologia

plena da mulher é o que se pretende com a implantação dos Centros de Parto Normal da Rede Cegonha. Esta estrutura, situada dentro ou nas imediações da maternidade, atende exclusivamente a mulheres gestantes de baixo risco. Introduce, no processo do cuidar, a enfermeira obstétrica e a obstetria, responsáveis pela assistência aos partos de baixo risco, rompendo com a lógica hospitalocêntrica e focada unicamente no profissional médico. Isso exige investimento em novos ambientes de cuidado, adequados às situações nas quais as mulheres saudáveis possam simplesmente ter seus filhos com liberdade e respeito, vigilância, apoio e oferta das melhores tecnologias, tornando permeáveis os limites do hospital, construindo pontes entre este e a comunidade. Atualmente, estão vigentes, nos sistemas de convênios do Ministério da Saúde, 121 projetos de construção e reforma de Centros de Parto Normal, além de 220 projetos de adequação da ambiência dos centros obstétricos das maternidades, de modo a cumprir os requisitos de qualificação dos ambientes de parto da Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

Para suprir o déficit de enfermeiras obstétricas no País, foram investidos recursos para formação e aprimoramento das mesmas, totalizando 740 vagas disponíveis entre residência, especialização e aprimoramento de enfermeiras obstétricas já formadas.

No bojo dessas propostas para mudança de modelo está também a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera. Esta casa se constitui como um espaço de cuidado intermediário entre a maternidade de referência para alto risco e o domicílio, oferecendo um local adequado para situações onde o risco e a vulnerabilidade da mulher ou do bebê exigem cuidado, vigilância constante e proximidade do hospital, sem necessitar de internação hospitalar. Os convênios atuais entre o MS, estados e municípios para implantação dessas casas totalizam 78, entre reformas e construções. A proposta é que toda maternidade de referência para alto

risco conte com uma Casa de Gestante, Bebê e Puérpera.

Diante dos números alarmantes de cesarianas no País, não será possível reduzirmos as mortes maternas e neonatais se não implementarmos as boas práticas de atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas de forma radical nas maternidades, incluímos as enfermeiras obstétricas na condução dos partos de baixo risco, resignificarmos o protagonismo da mulher na cena do parto e alterarmos o modelo de gestão, valorizando o trabalho em equipe e a gestão colegiada, participativa e democrática.

Esse modelo de atenção ao parto e nascimento proposto pela Rede Cegonha necessita de sustentação técnica e política organizada regionalmente e em rede, de forma a fomentar uma discussão, pactuação e implementação solidária e cooperativa. Os aspectos relacionados ao acesso e à qualidade do cuidado em rede são permeados pela análise da suficiência de leitos e sua gestão regulada, e do modelo técnico-assistencial. No caso da atenção obstétrica e neonatal, ampliar acesso e aumentar a qualidade é passar necessariamente pela implantação dos dispositivos e arranjos de gestão propostos na Rede Cegonha, entre eles: implantação de Centros de Parto Normal e Casa de Gestante, Bebê e Puérpera; gestão interna de leitos; e implantação de equipes horizontais gestoras do cuidado e colegiados materno-infantil.

Todo o conjunto de ofertas da Rede Cegonha traz, na sua concepção, os princípios que sustentam as mudanças necessárias para a atenção ao parto e nascimento: os direitos das mulheres e crianças, a bioética, o cuidado centrado na mulher e na família, o investimento na fisiologia do parto e nas competências próprias da mulher e do bebê, o potencial de prevenção e promoção da saúde inerentes a esses eventos, o cuidado compartilhado entre hospital e comunidade, a valorização dos trabalhadores da saúde e a mobilização e participação social.

A adesão dos gestores e trabalhadores da

saúde e da sociedade em geral a essas iniciativas é determinante para que a mudança da atenção ao parto no Brasil se consolide, recuperando os sentidos do cuidar e os significados do parto e do nascimento, respeitando as mulheres e como elas têm seus filhos.

Desafio do cuidado diferenciado às adolescentes e jovens

Segundo a OMS, do total da população adolescente no mundo, 16 milhões dão à luz todos os anos. Destas, muitas não tem acesso ou desconhecem os meios contraceptivos e grande parte possui baixa escolaridade, sendo muitas vítimas de violência sexual (AADS, 2014).

No Brasil, na última década, o número de partos entre adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos teve redução de 30%. No entanto, na faixa etária de 10 a 14 anos permanece inalterado, apresentando 27 mil partos a cada ano, o que representa 1% do total de partos.

Embora a gravidez possa ser tomada como uma espécie de 'evento-problema', parece mais adequado entendê-la como um ponto de inflexão, que pode resultar de uma multiplicidade de experiências de vida. Sendo assim, pode assumir diferentes significados e ser também tratada de diferentes formas e, por isso mesmo, pode apresentar diferentes desfechos.

As causas são múltiplas e estão relacionadas aos aspectos sociais, econômicos, pessoais; às condições materiais de vida; ao exercício da sexualidade; ao desejo da maternidade; e às múltiplas relações de desigualdade que constituem a vida social em nosso país. Além disso, a falta ou inadequação das informações quanto à sexualidade e aos métodos contraceptivos, o baixo acesso aos serviços de saúde, a falta de comunicação com os pais e a violência sexual e doméstica são outros aspectos no contexto da gravidez.

O início cada vez mais precoce da puberdade e o decréscimo da idade da primeira menstruação são fatores que estão possibilitando que a idade reprodutiva de adolescentes se inicie mais cedo. Aliadas a estes fatores estão também a facilidade das informações sobre assuntos relacionados à sexualidade na internet e na mídia, como também a erotização precoce favorecida pelos meios de comunicação.

Adolescentes e jovens são um grupo populacional que necessita de novos modos de produzir saúde, em especial, a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Neste sentido, os serviços de saúde devem encorajar e promover um comportamento sexual e reprodutivo responsável e saudável para adolescentes, visando o seu bem-estar particularmente no que se refere ao desenvolvimento de ações educativas que promovam o vínculo dessa população às unidades de saúde, pois

seu ciclo de vida particularmente saudável evidencia que os agravos em saúde decorrem, em grande medida, de modos de fazer 'andar a vida', de hábitos e comportamentos, que, em determinadas conjunturas, os vulnerabilizam (BRASIL, 2014, NO PRELO).

Neste contexto, a Rede Cegonha tem se apresentado como uma oportunidade extraordinária para avançar e melhorar a capacidade de resposta dos profissionais de saúde na atenção integral à saúde dessa população, reconhecendo

a importância do seu papel no cuidado diferenciado a essas pessoas como sujeitos de direitos, o que requer sensibilidade e disponibilidade para exercerem sua prática (BRASIL, 2014, NO PRELO).

Proporcionar um conjunto de ações que visem integrar e ampliar uma rede de cuidados em saúde, que assegure às mulheres adolescentes, jovens e adultas uma assistência adequada desde o planejamento familiar,

valorizando o envolvimento e a participação masculina nestas ações, nos cuidados com o pré-natal, no parto e no nascimento, respeitando e valorizando a mulher e sua família, são desafios imperativos para a garantia dos direitos sexuais e os direitos reprodutivos; para uma abordagem positiva da sexualidade sem juízo de valor, preconceito e julgamento; para contribuir na redução das desigualdades de gênero; para a redução das gestações não planejadas; e para a redução da violência sexual contra mulheres e meninas.

O desafio da garantia do acompanhante para o recém-nascido internado em unidade neonatal

Sob o ponto de vista da atenção neonatal, a Rede Cegonha enfrenta um duplo desafio: o primeiro, de ampliar a rede de atenção quanto à sua estrutura, buscando enfrentar situações de insuficiência de leitos neonatais, por exemplo, através do financiamento de obras e equipamentos, e de apoio ao custeio, que permitiram a abertura de 1.839 novos leitos neonatais (Utin e Ucin) e a qualificação com incentivos de custeio para mais 4.589 leitos. Por outro lado, o desafio, da mudança de práticas de atenção neonatal, que, assim como a obstétrica, padecem de um excesso de intervenções, grande parte delas realizadas de forma acrítica e rotineira – não baseadas em evidências – e, muitas vezes, iatrogênica; mas, também, da negação de cuidados e direitos que qualificam e humanizam a atenção, como, por exemplo, a garantia do direito do recém-nascido (RN) internado em unidade neonatal – Unidade de Terapia Intensiva (Utin) ou Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (Ucin), de contar com sua mãe, pai ou outro familiar como seu acompanhante.

Até a década de 80, o modelo de atenção obstétrica e neonatal vigente no Brasil previa

a separação dos RN de suas mães ao nascer, permanecendo até a alta hospitalar em berçários.

Em 1982, ocorre um marco histórico no campo da humanização da atenção à mulher e seu recém-nascido, a publicação pelo então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) da Resolução nº 18, tornando obrigatória, em hospitais públicos e conveniados, a permanência do filho ao lado da mãe, 24h por dia, através do sistema de ‘alojamento conjunto’.

Em 1993, nasce a Portaria MS/GM nº 1.016, uma atualização daquela Resolução do Inamps, com normas básicas de sistema de alojamento conjunto, ali definido como

um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, num mesmo ambiente, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a sua própria saúde e do seu filho (BRASIL, 1993).

Tal normativa nasce fortemente influenciada pelo arcabouço jurídico de proteção dos direitos da criança, aprovado poucos anos antes. Assim, em 1988, a Constituição do Brasil incorpora como prioridade a proteção dos direitos da criança e do adolescente e o atendimento de suas necessidades básicas. Na mesma linha, em 1990, foi promulgada a Lei Federal nº 8.069, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que orienta a obrigatoriedade do alojamento conjunto nos hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe; e também de oferta de condições para a permanência, em tempo integral, de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

Se hoje, na implantação da Rede Cegonha, passadas cerca de duas décadas desse processo, de mudanças de práticas de atenção à mãe e a seu RN sadio, isso aparece quase

como uma curiosidade histórica, de um tempo longínquo, onde se perpetrava o absurdo da separação da dupla mãe-bebê, o mesmo estranhamento parece não acontecer quando se fala de recém-nascidos de risco, internados em unidades neonatais (Utin ou Ucin). Curiosamente, apesar de, sob todos os pontos de vista, as justificativas já citadas para a não separação do bebê saudável de sua mãe se aplicarem também ao bebê crítico ou de risco, a separação continua a quase regra, sem maiores constrangimentos por parte da maioria dos profissionais e gestores hospitalares.

Assim, sob o ponto de vista da humanização e da qualificação da atenção ao recém-nascido na Rede Cegonha, este foi um dos desafios adotados como centrais. Para enfrentá-lo, um amplo leque de estratégias foi utilizado, dentre as quais se podem salientar:

1) Novas normativas para garantia do direito do RN a acompanhante em tempo integral:

- Portaria GM nº 930, de 2012 – Define as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave. Dentre suas diretrizes, se destaca a garantia de livre acesso à mãe e ao pai, e permanência de mãe ou pai; garantia de visitas programadas dos familiares; e garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia (BRASIL, 2012).

Vale destacar a obrigatoriedade, de que, novas maternidades que disponham de Utin ou Ucin, garantam, no seu projeto arquitetônico, alojamento para as mães cujos recém-nascidos estiverem internados em Utin ou Ucin. E ainda a inovação apresentada ao criar, na unidade neonatal, os leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (Ucinca), apontando a necessidade de que, pelo menos 1/3 (um

terço) de leitos de cuidados intermediários sejam desta nova tipologia, na qual não só mãe e bebê estão juntos a maior parte do tempo, mas em contato pele a pele o maior tempo possível.

Deve-se lembrar, aqui, que as normativas de incentivo à implantação do Método Canguru no País, desde a década de 1990, trouxeram outro olhar para a questão, e já vinham – muito antes do advento da Rede Cegonha, portanto – provocando questionamentos e reflexões sobre essa prática da separação de mães e bebês, e conquistando mudanças em número crescente de maternidades brasileiras. Isso se inicia em 1999, com a publicação da ‘Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru’, que, no ano 2000, se transformaria em uma política de governo, através da Portaria SAS/MS nº 693, depois sucedida pela Portaria SAS/MS nº 1.683, de 2007.

- Portaria GM nº 1.153, de 2014 – Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher (BRASIL, 2014).

Esta portaria passa a adotar novos e importantes critérios de avaliação de hospitais para se tornarem ‘amigos da criança’, entre eles, a “garantia da permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal” (BRASIL, 2014), e o cumprimento do critério global de ‘Cuidado Amigo da Mulher’.

2) Intensificação da articulação interfederativa com as Coordenações de Saúde da Criança dos estados e das capitais, com a realização de encontros nacionais periódicos, para integração de esforços no sentido das mudanças

de práticas obstétricas e neonatais previstas na Rede Cegonha. É interessante lembrar que, com frequência, essas coordenações compunham, juntamente com as Coordenações de Saúde da Mulher, o Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha. E o fortalecimento técnico-político desses atores, que foi efetivamente observado a partir da estratégia de encontros nacionais, aumentou a capacidade de gestão daqueles grupos condutores.

3) Utilização da estratégia do apoio institucional aos estados e municípios, através da criação da figura de ‘Consultor de Saúde da Criança do Ministério da Saúde’, em cada estado e no Distrito Federal. Embora o foco deste ator tenha sido a implementação das Ações da Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança como um todo, isto é, o componente de saúde da criança de cada uma das redes de atenção, seu foco principal de atuação sempre foi a implementação da Rede Cegonha, na qual atuava de forma associada aos outros importantes atores de apoio do Ministério da Saúde para implantação desta rede: os Apoiadores Temáticos da Rede Cegonha para os estados, os apoiadores de maternidades definidas como estratégicas e também os apoiadores da Política Nacional de Humanização.

Outros desafios se apresentam. Entre eles, a falta, até o momento, de um sistema de informação onde constem dados sobre a permanência da mãe, do pai ou de outro familiar ao lado do RN na unidade neonatal, o que impede uma avaliação mais concreta do impacto do conjunto dessas estratégias em relação à mudança da prática. Também o pouco tempo de existência das normativas citadas torna pouco provável já termos, no País, mudanças significativas nesse sentido, da mesma forma que a legislação da década de 1990, que criou a figura do alojamento conjunto para RN

saudáveis, encontrou resistências de profissionais e gestores até efetivamente ser aceita e incorporada. Entretanto, é perceptível um número crescente de hospitais onde a cultura da mãe ou do pai como ‘visitas’ para seu RN está sendo superada, e profissionais e gestores passam a perceber os muitos benefícios desta boa prática e a estimulá-la.

Espera-se que, da mesma forma que olhamos hoje com espanto para os tempos em que o alojamento conjunto não era uma realidade, em curto-médio prazo, possamos também fazê-lo em relação à desumanizada e iatrogênica prática de separação de RN críticos de suas mães em unidades intensivas ou de cuidados intermediários.

Considerações finais

Uma melhor organização e oferta do cuidado às mulheres, gestantes e crianças é um desafio para o sistema de saúde brasileiro. Prova disso é que o Brasil convive com indicadores de saúde materna e infantil que são paradoxais face ao grau de desenvolvimento do país, sobretudo aos avanços obtidos na última década. Se, de um lado, o País cresceu, está vencendo o analfabetismo, vive o pleno emprego e retirou milhões de famílias da miséria, o percentual de mulheres adultas e adolescentes que ficam grávidas sem planejar a gravidez, a alta razão de mortalidade materna por causas evitáveis e, por correspondência, a elevada proporção de mulheres que padecem de morbidade materna severa por manejo e cuidado inadequado, bem como a manutenção de altas taxas de mortalidade neonatal, entre outros, expressam que é necessário produzir mudanças na oferta assistencial e no modo de cuidar.

Enfrentar a morte evitável, mas também recuperar o sentido transformador da gravidez e o nascimento para a mulher e a família, medicalizados pela racionalidade da biomedicina contemporânea, são as principais missões ético-políticas da Rede Cegonha, que

é uma estratégia de política pública que se funda, para cumprir essa missão, em um tripé. Um primeiro ponto de sustentação é a introdução e observância, nas práticas de cuidado, das denominadas boas práticas, que se apresentam como atitudes e modos de fazer o cuidado alicerçado em evidências científicas; logo, devem presidir todo o percurso de cuidado de mulheres e crianças. Mudar modos de cuidar a partir da introdução de novas tecnologias de cuidado se impõe como ação mandatória; logo, não há como preterir o enfrentamento da cultura organizacional dos serviços de saúde, que, em geral, pouco favorecem mudanças de comportamento.

É por isso que a Rede Cegonha, como um segundo ponto, aposta e fomenta espaços coletivos para gestão e governança de sua própria implementação e sustentabilidade. Espaços coletivos são sempre espaços de abertura para a emergência do interesse público. O enquistamento institucional, a inobservância de boas práticas e mesmo a violação dos direitos humanos em saúde são fenômenos que se produzem na proporção do grau de porosidade de uma instituição, logo onde a pluralidade dos interesses não alcança logro. Quebrar essa lógica do enquistamento, do fechamento sobre si, da tomada de decisão oligárquica é condição para a emergência de novos modos de cuidar. É por essa razão que a RC é uma máquina de produção de porosidade institucional. Mas não uma porosidade que corrói, que deixa como marca a fraqueza. Ao contrário, uma porosidade que faz repercutir a multiplicidade, a heterogeneidade, sem a qual as organizações padecem. A criação de colegiados, espaços coletivos de gestão e de mobilização para a emergência de consensos técnicos e políticos, desde a experiência da confrontação das diferentes percepções e posições dos sujeitos, tem sido uma das principais ofertas da Rede Cegonha. E isso porque, para ela, é imprescindível a conformação de novos consensos, não daqueles que se originam desde um conformismo do corporativismo ou da

tradição científica – que, ao contrário de sua própria condição, muitas vezes opera como dogma –, mas de consensos que possam ser tomados por aqueles que estão em situação de trabalho e/ou na cena do cuidado como consensos que operam como verdade; logo, que se produzem por valores éticos e técnicos tomados como válidos.

Por fim, um terceiro ponto de sustentação, que conforma o tripé de organização da RC, é a ousadia de se fazer política pública no interior da máquina do Estado, acionando redes e movimentos sociais. Essa condição, que *a priori* pode suscitar uma percepção de que a política fica refém de um sem número de interesses difusos, pode ser tomada como o exercício de um modo de ação política desde o Estado, que considera que a formulação e a implementação de políticas que lidam com objetos complexos, no embate de sua implementação, sofrem a interferência dos contextos os quais deveriam ser considerados em seu processo de amadurecimento. Em outras palavras: as políticas são perfectíveis e, para

alcançar maior efetividade, se deveria lançar mão do diálogo com aqueles que delas se beneficiam, logo, com aqueles que a experimentam como fato social concreto.

A sustentabilidade de políticas públicas de saúde, assim como se pode apreender da dinâmica de governança da RC, resulta, então, da combinação de ofertas baseadas naquilo que a humanidade tem produzido como melhor tecnologia de cuidado, as boas práticas, que, para serem introduzidas nas organizações precisam resultar de consensos entre os diversos sujeitos, que passam a tomá-las como enunciados verdadeiros. Essa produção coletiva não se resume apenas à construção de uma nova dinâmica nas organizações de saúde, mas também na feitura de movimentos inclusivos da diversidade de percepções para a produção de novas mentalidades, que se expressam como nova cultura do cuidar de mulheres, gestantes e crianças, e novos modos de gerir a própria política pública, que se sustenta como efetivamente pública quando produzida na esfera pública. ■

Referências

AÇÕES AFIRMATIVAS EM DIREITOS E SAÚDE (AADS). [internet] Disponível em: <<http://www.aads.org.br/wp/>> Acesso em: 20 ago 2014.

BIRTHPLACE IN ENGLAND COLLABORATIVE GROUP. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, Londres, n. 343, p. d7400, 2011.

Disponível em: <<http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400>>. Acesso em: 30 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/Site/Arquivos_pdf_word/pdf/Pacto%20Aprovado%20na%20Tripartite.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009-2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_reducao_mortalidade_infantil_nordeste.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.016, de 26 de agosto de 1993. Aprovar as Normas Básicas para implantação do Sistema “Alojamento Conjunto” contida no anexo 1. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 26 ago.1993. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_20.pdf>. Acesso em: 30 ago. de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 08 set. de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 mai. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html>. Acesso em 09 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os

critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 10 mai. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 09 set. de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 24 jun. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 22 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestão de alto risco: manual técnico*. Ministério da Saúde. Brasília: p. 302, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. (ONU). *Declaración Del Milenio*. Assembleia Geral ONU, 2000. Disponível em: <<http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (OMS). *Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2014.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. de A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Rev Tempus Actas Saúde Col*, Brasília, DF, v. 4, n. 4, p. 105-117, 2010.

Violência contra a mulher: análise das notificações realizadas no setor saúde – Brasil, 2011

Violence against women: analysis of the reports made in the health sector - Brazil, 2011

Eneida Anjos Paiva¹; Marta Maria Alves da Silva²; Alice Cristina Medeiros das Neves³; Marcio Denis Medeiros Mascarenhas⁴; Thereza de Lamare Franco Netto⁵; Deborah Carvalho Malta⁶.

¹ Especialista em Medicina Social sob a forma de Residência pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil. Analista técnica de Políticas Sociais do Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. eneida.paiva@saude.gov.br

² Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. Coordenadora da Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes do Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. Servidora da Universidade Federal de Goiás e da Prefeitura Municipal de Goiânia (GO). marta.silva@saude.gov.br

³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil. Consultora técnica do Departamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção do Ministério da Saúde, Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. alice.medeiros@saude.gov.br

RESUMO A violência contra a mulher é considerada uma questão complexa e multifacetada, que viola os direitos humanos, provocando perdas significativas na saúde física e mental das vítimas. O presente artigo é um estudo descritivo dos dados de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra mulheres durante o ano de 2011, em unidades de saúde. Foram calculadas a Razão de Prevalência das variáveis selecionadas por faixa etária (20 a 39 anos e 40 a 59 anos) e a análise segundo o tipo de violência praticada. A notificação da violência doméstica ainda é um processo recente, estando em implantação nas unidades da Federação. Os dados aqui analisados revelam o perfil da vítima de violência como sendo mulher adulta jovem (20 a 39 anos), e o agressor predominantemente do sexo masculino, na maioria das vezes, cônjuge, ex-cônjuge, namorado ou ex-namorado. O relato de uso de álcool pelo agressor ocorreu em 51,1% dos casos, e a violência foi de repetição em 54,6% dos casos. A violência mais praticada é a física, por meio de força corporal, seguida da violência psicológica/moral, sexual e tortura. A raça/cor predominante é a parda/preta para a maioria das violências sofridas, exceto para violência psicológica, em que não houve diferença segundo raça/cor. A maioria dos casos evoluiu para alta, enquanto 16,0% demandaram internação. Concluiu-se que a violência contra as mulheres é, na maioria das vezes, praticada pelos parceiros íntimos, e a notificação é um importante instrumento visando ao enfrentamento desses casos, bem como à desigualdade de gênero.

PALAVRAS-CHAVE Vigilância epidemiológica; Violência; Causas externas.

ABSTRACT Violence against women is considered a complex and multifaceted issue that violates human rights, causing significant losses in both physical and mental health of victims. This article is a descriptive study of data from reports of domestic, sexual and/or other violence against women during the year 2011, in health care units. Prevalence Ratio were calculated for the selected age group (20-39 years and 40-59 years), and analyzed according to the type of violence. The reporting of domestic violence is still a new process, still under construction in the Federal States. The data analyzed here reveal the profile of victims of violence against women as a young adult (20-39 years), predominantly male aggressor, most times the spouse, former spouse, boyfriend and ex-boyfriend. The reported use of alcohol by the perpetrator occurred in 51.1% of the cases and violence was repeated in 54.6% of the cases. The most practiced violence is physical,

by bodily force, then psychological, moral/sexual violence, and sexual torture. The predominant color is black/brown race for most of the violence suffered, except the psychological violence, where there was no difference regarding race/color. In most cases resulted in discharge, whereas 16.0% required hospitalization. Violence against women is most often practiced by intimate partners and reporting is an important tool aimed at addressing these cases, to eliminate gender inequality.

KEYWORDS *Epidemiologic surveillance; Violence; External causes.*

Introdução

A violência contra a mulher tem caráter complexo e multicausal, viola os direitos humanos, pode provocar danos à saúde física e mental das vítimas e afetar as famílias e a sociedade. Além disso, guarda estreita relação com as categorias de gênero, classe e etnia, fundamentando-se nas históricas assimetrias entre as relações de poder estabelecidas. Em se tratando de violência de gênero, essas relações desiguais entre homens e mulheres determinaram a dominação e a discriminação das mulheres, impondo obstáculos ao seu desenvolvimento pleno (ONU, 1993). Essa forma de manifestação de violência é definida como toda e qualquer conduta, por ação ou omissão, de caráter intencional, baseada no gênero, ou seja, passível de causar morte, dano ou sofrimento nos âmbitos físico, sexual, psicológico, social, político ou econômico à mulher, tanto na esfera pública quanto na privada (BRASIL, 1996). A desigualdade e a iniquidade de gênero – fundadas em normas sociais que atuam nos níveis de influência individual, relacional e comunitária do modelo ecológico adotado para a explicação dos fatores associados à violência (KRUG ET AL., 2002) – contribuem para a sua manifestação contra as mulheres, influenciam em sua

capacidade de tomar decisões, dificultam o acesso a recursos disponíveis, além de inibirem a busca de proteção contra a violência sofrida (OMS, 2010).

As consequências para a saúde vão desde as barreiras de acesso aos serviços, influenciadas pelas iniquidades de gênero, até manifestações diversas para além das lesões físicas: gestações indesejadas, infecções sexualmente transmissíveis (inclusive pelo HIV), queixas ginecológicas, gastrointestinais ou difusas, ansiedade, depressão, entre outras, e, em casos extremos, podem ter desfechos como o homicídio ou o suicídio (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999; MINAYO, 1994).

Ao longo das últimas décadas, iniciativas globais têm sido desenvolvidas com a finalidade de assegurar os direitos humanos das mulheres, bem como a eliminação de todas as formas de discriminação e de violência contra a mulher. Em destaque, pode ser mencionada a adoção da Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (Cedaw) pela Assembleia Geral das Nações Unidas (1979). Essa Convenção visou à promoção dos direitos da mulher na busca da igualdade de gênero e da repressão de quaisquer discriminações, sendo ratificada pelo Congresso Nacional Brasileiro em 1º de fevereiro de 1984.

⁴ Doutor em Ciências Médicas pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Chefe do setor de Vigilância do Hospital Universitário da Universidade Federal do Piauí – (HU-UFPI) – Teresina (PI), Brasil. mdm.mascarenhas@gmail.com

⁵ Mestre em Políticas Públicas pela Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil. Diretora substituta do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Dapes) do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil. therezadelamare@yahoo.com.br

⁶ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professora adjunta e pesquisadora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. deborah.malta@saude.gov.br

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 1996, com base em evidências que demonstraram que a violência afeta a saúde individual e coletiva, sendo responsável por grande número de mortes e lesões, contribuindo para importante volume de anos potenciais de vida perdidos e demandando respostas do setor Saúde, publicou a resolução WHA49.25, com o tema 'Prevenção da Violência: uma prioridade em saúde pública', na qual endossa recomendações de conferências internacionais (Cairo – 1994; Beijing – 1995) e das Nações Unidas (OMS, 2002, 1996) para a eliminação da violência contra a mulher. Em seu texto, declara a violência como relevante problema de saúde pública no mundo, conclama os países membros a enfrentar o problema em seus territórios, a comunicar à OMS as informações e a abordagem sobre o tema e dá diretrizes para o seu enfrentamento (WHO, 1996). A partir das décadas de 1970 e 1980, o governo brasileiro propôs as primeiras políticas na área de enfrentamento à violência contra a mulher, com destaque, nas décadas recentes, para a Lei de Obrigatoriedade da Notificação de Violência contra a Mulher (BRASIL, 2003) e a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006).

A partir da publicação da Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001), visando ao monitoramento dos acidentes e violências, o Ministério da Saúde implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) (BRASIL, 2013), com dois componentes: a) Vigilância por Inquérito, realizada por meio de pesquisa nas portas de entrada de emergências de municípios selecionados; e b) Vigilância Contínua, feita por meio da notificação compulsória das violências doméstica, sexual e outras violências interpessoais ou autoprovocadas em serviços de referência e outros serviços de saúde, que são notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

A notificação da violência é compulsória em situações de violências envolvendo crianças, adolescentes, mulheres e idosos, conforme determinado pelas Leis de nº 8.069, de 13 de julho

de 1990 (Estatuto da Criança e Adolescente) (BRASIL, 2005), Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso) (BRASIL, 2005), e Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003 (Notificação de Violência contra Mulher) (BRASIL, 2003). Esta última foi regulamentada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 2.406, de 05 de novembro de 2004, que instituiu a notificação compulsória de violência contra a mulher em serviços de saúde públicos ou privados (BRASIL, 2004). E, por meio da publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, a notificação compulsória de violências interpessoais e autoprovocadas foi universalizada para todos os serviços de saúde (BRASIL, 2011).

A expansão da cobertura da vigilância de violências nos municípios e serviços de saúde brasileiros, com consequente aumento do número de notificações, realizadas por equipes instrumentalizadas e sensíveis ao dever de notificar e cuidar, subsidia ações de enfrentamento dos determinantes e condicionantes das violências em uma perspectiva intersectorial e com base no direito à saúde e à vida. O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, investiu na estruturação da Viva, tanto no componente inquérito quanto na notificação dos casos de violência interpessoal atendidos nas unidades de saúde (BRASIL, 2012; MALTA ET AL., 2008). Tais circunstâncias possibilitam a formação de redes de atendimento às vítimas de violência, buscando garantir a atenção e a proteção integral, estando compreendidas a promoção da saúde e da cultura de paz e a preservação de direitos. (GAWRYSZEWSKI ET AL., 2007; MALTA ET AL., 2007).

O presente estudo tem como objetivo analisar as diferenças no perfil das notificações entre as mulheres adultas, de 20 a 59 anos de idade, no ano de 2011.

Métodos

Estudo descritivo, retrospectivo, realizado com dados obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – versão Net

(Sinan Net) –, abrangendo as notificações de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra mulheres adultas (20 a 59 anos de idade), realizadas no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2011.

Para os fins de notificação no Sinan Net, violência é considerada como

o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG, ET AL., 2002; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011; RODRIGUES, 2009).

Os dados foram captados por meio da Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, que contém variáveis sobre: vítima/pessoa atendida, ocorrência, tipologia da violência, consequências da violência, lesão, provável autor da agressão, evolução e encaminhamentos. A ficha é preenchida nos serviços de saúde ou centros de referência para violências, ambulatórios especializados, maternidades, centros de referência da mulher, entre outros. Os dados são digitados no Sinan Net no nível municipal e transferidos para as esferas estadual e federal para compor a base de dados nacional (BRASIL, 2011).

As notificações de violência contra mulheres foram analisadas segundo: características demográficas das vítimas (sexo, idade, raça/cor da pele, escolaridade, situação conjugal, presença de deficiência ou transtorno); características da ocorrência (local, violência de repetição, natureza da lesão, parte do corpo atingida, evolução); tipo de violência e meio de agressão; características do agressor (sexo, relação com a vítima, suspeita de consumo de bebida alcoólica).

Os registros foram importados do Sinan Net e as análises estatísticas foram processadas no programa *Stata*, versão 11. Foram

calculadas proporções das notificações de violência doméstica, sexual e outras violências. Por meio da regressão de Poisson, estimaram-se Razões de Proporções (RP). A associação entre as variáveis selecionadas e o grupo etário das mulheres (20-39 e 40-59 anos de idade) foi verificada por meio do teste do qui-quadrado (χ^2).

Por se tratar de uma ação permanente de vigilância epidemiológica instituída pelo Ministério da Saúde em todo o território nacional, não foi necessário emitir termo de consentimento livre e esclarecido. Porém, foram garantidos o anonimato e a confidencialidade das informações nos registros para preservar a identidade dos indivíduos que compunham a base de dados analisada.

Resultados

Foram notificados 43.650 casos de violência entre mulheres adultas, sendo 74% entre mulheres com idade entre 20 e 39 anos e 25,6% entre mulheres de 40 a 59 anos. Quanto ao perfil das vítimas, 54,6% se autodeclararam da raça/cor branca. A proporção de mulheres pretas e pardas foi significativamente maior entre as vítimas de 20 a 39 anos (45,7%), enquanto a proporção de mulheres brancas foi mais elevada entre as vítimas de 40 a 59 anos (59,5%). Cerca de 90% das mulheres não possuíam qualquer tipo de deficiência/transtorno; entre as que apresentavam, a maior proporção se concentrou entre mulheres de 40 a 59 anos (13,8%) e entre 20 a 39 anos (8,1%). Com relação à região de residência das vítimas, mais do que a metade dos casos era do Sudeste (53,1%); as regiões Sudeste e Sul apresentam maior prevalência de mulheres na faixa etária de 40 a 59 (sendo 54,1% e 21,4%, respectivamente); e maiores proporções na faixa etária de 20 a 39 anos para as regiões Nordeste, Norte e Centro-oeste (sendo 17,7%; 16,5% e 8,1%, respectivamente) (*tabela 1*).

Tabela 1. Notificações de violência contra mulheres adultas segundo características demográficas por faixa etária. Brasil, 2011

Características	Faixa etária (anos)				Total ^a		Valor de p ^b
	20 a 39		40 a 59		(N=43.650; 100,0%)		
	(N=32.489; 74,4%)		(N=11.161; 25,6%)		N	%	
	N	%	N	%	N	%	
Raça / cor da pele							0,000
Branco	13.806	52,8	5.499	59,5	19.305	54,6	
Preto/pardo	11.961	45,7	3.622	39,2	15.583	44,0	
Amarelo/indígena	384	1,5	117	1,3	501	1,4	
Subtotal	26.151	100,0	9.238	100,0	35.3895	100,0	
Deficiência / transtorno^c							0,000
Não	22.680	91,9	7.373	86,2	30.053	90,5	
Sim	1.992	8,1	1.182	13,8	3.174	9,6	
Subtotal	24.672	100,0	8.555	100,0	33.227	100,0	
Região de residência							0,000
Norte	1.592	4,9	313	2,8	1.905	4,4	
Nordeste	5.754	17,7	1.573	14,1	7.327	16,8	
Sudeste	17.142	52,8	6.041	54,1	23.183	53,1	
Sul	5.369	16,5	2.393	21,4	7.762	17,8	
Centro-Oeste	2.627	8,1	841	7,5	3.468	8,0	
Subtotal	32.484	100,0	11.161	100,0	43.645	100,0	

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

^a Totais divergem devido a registros sem informação ou em branco;

^b Teste do qui-quadrado de Pearson;

^c Inclui deficiência física, mental, visual, auditiva, transtorno mental, transtorno de comportamento, outras deficiências/síndromes.

No tocante às características do evento, foram observadas diferenças significativas entre todas, quando analisadas por faixa etária. 73% dos eventos ocorreram na residência, com maior incidência entre as mulheres mais velhas – 78%; entre as mulheres de 20 a 39 anos, a ocorrência foi de 71,2%. A violência de repetição foi significativamente presente em mais da metade dos casos (54,6%), com maiores proporções entre as mulheres de 40 a 59 anos (58,4%). A lesão autoprovocada, na maioria das vezes, não ocorreu (82%), entretanto, as mulheres de 40 a 59 anos são responsáveis por 19,6% das lesões autoprovocadas.

A contusão/entorse/luxação são características mais presentes na natureza da lesão, com 34,7%, sendo igualmente distribuídas entre as duas faixas de idade das mulheres. Proporcionalmente, entre as mulheres, o segmento do corpo mais atingido foi a cabeça/pescoço, em 44,5% dos casos.

A maioria das vítimas recebeu alta após o atendimento – o encaminhamento, na maior parte das vezes, foi feito para o ambulatório (60,4%). 16% foram internadas. A proporção de óbito pela violência notificada foi significativamente maior no grupo de 40 a 59 anos (1,8%) (tabela 2).

Tabela 2. Notificações de violência contra mulheres adultas segundo características de ocorrência e região por faixa etária. Brasil, 2011

Características	Faixa etária (anos)				Total ^a		Valor de p ^b
	20 a 39		40 a 59		(N=43.650; 100,0%)		
	(N=32.489; 74,4%)		(N=11.161; 25,6%)		N	%	
	N	%	N	%	N	%	
Ocorrência no domicílio							0,000
Não	8.039	28,8	2.141	21,8	10.180	27,0	
Sim	19.892	71,2	7.672	78,2	27.564	73,0	
Subtotal	27.931	100,0	9.813	100,0	37.744	100,0	
Violência de repetição							0,000
Não	11.296	46,8	3.508	41,7	14.804	45,5	
Sim	12.856	53,2	4.915	58,4	17.771	54,6	
Subtotal	24.152	100,0	8.423	100,0	32.575	100,0	
Lesão autoprovocada							0,000
Não	23.526	82,7	7.878	80,4	31.404	82,1	
Sim	4.938	17,4	1.923	19,6	6.861	17,9	
Subtotal	28.464	100,0	9.801	100,0	38.265	100,0	
Natureza da lesão							0,000
Contusão/entorse/luxação	9.738	34,8	3.332	34,4	13.070	34,7	
Corte/amputação	5.805	20,7	1.784	18,4	7.589	20,1	
Fratura/traumas	1.830	6,5	631	6,5	2.461	6,5	
Outros	7.164	25,6	2.469	25,5	9.633	25,6	
Sem lesão	3.466	12,4	1.468	15,2	4.934	13,1	
Subtotal	28.003	100,0	9.684	100,0	37.687	100,0	
Segmento corporal atingido							0,000
Cabeça/pescoço	10.696	45,2	3.269	42,5	13.965	44,5	
Tórax/abdome/pelve	2.985	12,6	999	13,0	3.984	12,7	
Membros superiores	3.960	16,7	1.459	19,0	5.419	17,3	
Membros inferiores	1.190	5,0	419	5,4	1.609	5,1	
Múltiplos órgãos/regiões	4.845	20,5	1.551	20,2	6.396	20,4	
Subtotal	23.676	100,0	7.697	100,0	31.373	100,0	
Evolução							0,000
Alta	27.281	97,3	9.190	96,5	36.471	97,1	
Evasão/fuga	426	1,5	144	1,5	570	1,5	
Óbito por violência	300	1,1	175	1,8	475	1,3	
Óbito por outras causas	27	0,1	16	0,2	43	0,1	
Subtotal	28.034	100,0	9.525	100,0	37.559	100,0	

Encaminhamento no setor saúde						0,000
Ambulatório	15.046	61,1	5.013	58,6	20.059	60,4
Internação	3.921	15,9	1.383	16,2	5.304	16,0
Não	5.660	23,0	2.165	25,3	7.825	23,6
Subtotal	24.627	100,0	8.561	100,0	33.188	100,0

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

▪ Totais divergem devido a registros sem informação ou em branco;

▫ Teste do qui-quadrado de Pearson.

Foram observadas diferenças significativas entre os tipos de violência e o grupo etário das vítimas: violência física; tortura; violência sexual; financeira e econômica; negligência; intervenção legal e outros tipos. O tipo mais presente foi o de violência física (n=35.245), sendo mais prevalente entre as mulheres de 20 a 39 anos (84,4%) e entre as mulheres de 40 a 59 anos (80,9%). Vale ressaltar o elevado número que sofreu violência psicológica/moral (n=15.381). A violência sexual foi relatada em terceiro lugar (n=2.811) e a tortura em quarto (n=1.291). Foram registrados 1.012 casos de violência do tipo financeira, 548 de negligência e 83 casos de intervenção por agente legal – que

apresentaram proporção superior no grupo de 40 a 59 anos.

Os homens apareceram como principais autores da agressão (74,4%) nos dois grupos etários. O principal autor de agressão foi o cônjuge (38,2%), que, somado aos demais parceiros íntimos, ultrapassa a metade das ocorrências. Os desconhecidos foram 12,2%, com proporção mais elevada entre as mulheres mais jovens (13,4%) do que nas mulheres de 40 a 59 anos (12,8%).

A suspeita de consumo de álcool pelo autor de agressão foi relatada em 51,1% dos casos notificados, com proporção mais elevada no grupo de mulheres com idade entre 40 e 59

Tabela 3. Notificações de violência contra mulheres adultas segundo tipo de violência e características do agressor por faixa etária. Brasil, 2011

Características	Faixa etária (anos)				Total ^a		Valor de p ^b
	20 a 39		40 a 59				
	(N=32.489; 74,4%)		(N=11.161; 25,6%)		(N=43.650; 100,0%)		
	N	%	N	%	N	%	
Tipo de violência^c							
Física	26.572	84,4	8.673	80,9	35.245	83,5	0,000
Psicológica/moral	11.321	39,8	4.060	40,8	15.381	40,1	0,077
Tortura	1.291	4,7	370	3,9	1.661	4,5	0,001
Sexual	2.811	10,2	740	7,8	3.551	9,6	0,000
Tráfico de seres humanos	29	0,1	10	0,1	39	0,1	0,982
Financeira/econômica	665	2,4	347	3,6	1.012	2,7	0,000
Negligência	371	1,4	177	1,9	548	1,5	0,000
Intervenção legal	50	0,2	33	0,4	83	0,2	0,004
Outros	2.565	9,6	1.110	11,9	3.675	10,2	0,000

Provável autor da agressão							
Pai	312	1,3	32	0,4	344	1,0	0,000
Mãe	261	1,1	64	0,7	325	1,0	0,010
Padrasto	130	0,5	17	0,2	147	0,4	0,000
Madrasta	30	0,1	3	0,0	33	0,1	NA
Cônjuge	10.082	38,3	3.475	37,8	13.557	38,2	0,359
Ex-cônjuge	3.398	13,4	835	9,5	4.233	12,4	0,000
Namorado	1.085	4,4	2236	2,6	1.308	3,9	0,000
Ex-namorado	867	3,5	145	1,7	1.012	3,0	0,000
Filho	222	0,9	760	8,7	982	2,9	0,000
Desconhecido	3.193	12,8	914	10,5	4.107	12,2	0,000
Irmão	844	3,4	275	3,2	1.119	3,4	0,296
Amigo/conhecido	2.675	10,7	903	10,4	3.578	10,6	0,349
Cuidador	25	0,1	25	0,3	50	0,2	0,000
Patrão/chefe	76	0,3	36	0,4	112	0,3	0,131
Pessoa com relação institucional	116	0,5	54	0,6	170	0,5	0,079
Policial/agente da lei	116	0,5	30	0,4	146	0,4	0,140
Própria pessoa	4.024	15,5	1.618	18,0	5.642	16,2	0,000
Outros	1.906	7,8	855	9,9	2.761	8,4	0,000
Ingestão de bebida alcoólica pelo agressor							0,004
Não	10.384	49,4	3.473	47,5	13.857	48,9	
Sim	10.623	50,6	3.846	52,6	14.469	51,1	
Subtotal	21.007	100,0	7.319	100,0	28.326	100,0	

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

^a Totais divergem devido a registros sem informação ou em branco;

^b Teste do qui-quadrado de Pearson;

^c Não totaliza 100%, pois um caso pode ter mais de um tipo de violência.

anos (52,6%) (tabela 3).

A prevalência (%) e a razão de prevalência (RP) dos principais tipos de violência contra mulheres adultas, segundo características selecionadas, estão apresentadas na tabela 4.

Nas tipologias da violência, observa-se que a física foi mais significativa entre as mulheres da raça/cor da pele amarela ou indígena (RP=1,11) e preta/parda (RP=1,17), tendo como referência as mulheres brancas. A faixa etária de maior ocorrência foi entre 20 e 39

anos, comparada com mulheres de 40 a 59 anos (RP=0,96). As ocorrências da violência foram mais frequentes no domicílio da vítima (RP=0,95). Observa-se o cônjuge (RP=1,23) como principal autor da violência física entre as mulheres, e tendo ingerido bebida alcoólica (RP=1,13), com destaque para as regiões Norte (RP=1,17) e Sul (RP=1,49).

Para violência psicológica, observa-se uma significância positiva para ocorrência no domicílio (RP=1,12), violência de repetição

(RP=1,87), o cônjuge como principal autor da agressão (RP=1,61) e ingestão de bebida alcoólica pelo agressor com RP=1,32. Para regiões do Brasil, a violência psicológica apresentou menores frequências nas regiões Sul (RP=0,85), Nordeste (RP=0,86) e Centro-Oeste (RP=0,71).

Os casos de violência sexual, quando observados contra mulheres de raça/cor da pele preta/parda foram RP=1,26. A faixa etária de mulheres entre 40 e 59 anos foi protetora (RP=0,76), na comparação com as mulheres entre 20 e 39 anos (referência). Para esse tipo de violência (sexual), a ocorrência é mais comum fora do domicílio, a violência geralmente não é de repetição e o agressor na maioria das vezes

não é o próprio cônjuge, podendo ser desconhecido. Na região Norte, ocorreu a maior razão de prevalência (RP=2,20), seguida das regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste. A menor frequência ocorreu na região Sul.

Para a violência sob forma de tortura, houve prevalência em mulheres da raça/cor preta/parda (RP=1,23), em relação às mulheres brancas. Observa-se que a tortura ocorre mais em mulheres mais jovens e, na maioria das vezes, fora dos domicílios. A ocorrência de repetições de tortura na mesma mulher é frequente (RP=1,56) e o agressor principal é o cônjuge (RP=1,67). O agressor desse tipo de violência faz ingestão de bebida alcoólica frequente (RP=1,61). A região Norte desponta com maior

Tabela 4. Prevalência (%) e razão de prevalência (RP) dos principais tipos de violência contra mulheres adultas segundo características selecionadas. Brasil, 2011

Características	Tipo de violência							
	Física		Psicológica		Sexual		Tortura	
	%	RP(IC95%)	%	RP(IC95%)	%	RP(IC95%)	%	RP(IC95%)
Raça/Cor da pele								
Branco	79,6	1,00	41,7	1,00	9,2	1,00	4,6	1,00
Preto/pardo	85,5	1,07 (1,05-1,10)	42,6	1,02(0,99-1,05)	11,6	1,26 (1,18-1,35)	5,6	1,23 (1,11-1,36)
Amarelo/indígena	88,4	1,11 (1,01-1,22)	40,4	0,97 (0,83-1,12)	10,3	1,13 (0,84-1,52)	6,3	1,37 (0,94-2,01)
Faixa etária (anos)								
20 a 39	84,4	1,00	39,8	1,00	10,2	1,00	4,7	1,00
40 a 59	80,9	0,96 (0,94-0,98)	40,8	1,03 (0,99-1,06)	7,8	0,76 (0,70-0,82)	3,9	0,82 (0,73-0,92)
Ocorrência no domicílio								
Não	84,7	1,00	39,6	1,00	19,6	1,00	5,9	1,00
Sim	80,8	0,95 (0,93-0,98)	44,5	1,12 (1,08-1,17)	6,3	0,32 (0,30-0,34)	4,6	0,78 (0,70-0,86)
Violência de repetição								
Não	82,1	1,00	30,3	1,00	16,2	1,00	4,2	1,00
Sim	82,9	1,01 (0,99-1,03)	56,5	1,87 (1,80-1,94)	6,3	0,39 (0,36-0,42)	6,5	1,56 (1,41-1,73)
Principal agressor: cônjuge								
Não	74,8	1,00	33,2	1,00	11,8	1,00	3,8	1,00
Sim	91,8	1,23 (1,20-1,26)	53,4	1,61 (1,56-1,66)	4,2	0,35 (0,32-0,39)	6,3	1,67 (1,51-1,85)
Ingestão de bebida alcoólica pelo agressor								
Não	79,2	1,00	37,2	1,00	8,8	1,00	4,3	1,00
Sim	89,2	1,13 (1,10-1,16)	49,0	1,32 (1,27-1,37)	10,7	1,21 (1,12-1,31)	6,8	1,61 (1,44-1,79)

Região de residência									
Sul	78,3	1,00	44,7	1,00	7,6	1,00	6,2	1,00	
Norte	91,7	1,17 (1,11-1,24)	38,2	0,85 (0,79-0,93)	16,8	2,20 (1,91-2,54)	8,3	1,33 (1,10-1,60)	
Nordeste	83,4	1,07 (1,03-1,11)	44,6	1,00 (0,95-1,05)	11,8	1,55 (1,39-1,73)	4,1	0,65 (0,56-0,77)	
Sudeste	84,7	1,49 (1,08-1,11)	38,5	0,86 (0,83-0,90)	8,6	1,13 (1,03-1,24)	3,4	0,55 (0,49-0,62)	
Centro-Oeste	83	1,14 (1,06-1,11)	31,7	0,71 (0,66-0,76)	12	1,57 (1,38-1,79)	5,8	0,94 (0,79-1,11)	

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)

IC95%: intervalo de confiança de 95%. Diferenças estatisticamente significantes encontram-se destacadas em negrito ($p < 0,05$)

razão de prevalência (RP=1,33) e as regiões Nordeste (RP=0,65) e Sudeste (RP= 0,55) com a menor.

Discussão

Os dados do presente estudo mostram que, no Brasil, entre mulheres adultas mais jovens, a violência do tipo intrafamiliar ocorre, predominantemente, na residência; é comumente perpetrada por parceiro íntimo (cônjuge, ex-cônjuge, namorado e ex-namorado); e é de repetição em cerca de metade dos casos. Os tipos mais frequentes são de violência física (mais da metade), seguidos de violência psicológica, sexual e tortura. A raça/cor predominante é a parda/preta para a maioria das violências sofridas, exceto a violência psicológica, que não apresentou diferenças segundo raça/cor. O uso de álcool pelo provável autor de agressão ocorreu em mais da metade dos casos. A região Sudeste é a que mais notifica, por ter a vigilância mais ativa.

A violência contra a mulher é um fenômeno global. Estima-se que 35% das mulheres acima de 15 anos já sofreram violência física ou sexual por parceiro íntimo ou violência sexual por não parceiro. No mundo, a prevalência de violência por parceiro íntimo é estimada em 30%, embora varie entre regiões, países e entre as comunidades. Na região das Américas, essa prevalência é estimada em 29,8%. Segundo a OMS, essa variação demonstra que a violência

contra as mulheres é evitável e prevenível (WHO, 2013).

Quanto ao tipo de violência sofrida, estudos da OMS em diversos países apontaram que 15 a 71% das mulheres entrevistadas sofreram violência física e/ou sexual e que as prevalências variaram conforme os vários países estudados (WHO, 2013).

Entretanto, dados da prevalência da violência por parceiro íntimo, no Brasil, produzidos a partir do estudo multicêntrico da OMS (SCHRAIBER ET AL., 2007), mostraram que, entre mulheres de 15 a 49 anos de idade, 46,6% das residentes em zona urbana referiram ao menos uma forma de violência por parceiro íntimo, enquanto na zona rural a prevalência foi de 54,2%. O estudo indicou que a violência psicológica foi o evento mais frequente, tanto na zona urbana quanto na zona rural, no último ano anterior à entrevista (54,9% e 44,8%, respectivamente) e na vida (37,6% e 32%, respectivamente). Os dados de notificação do Viva aqui analisados mostraram a predominância das ocorrências de violência física; em cerca de um quarto, violências psicológicas; e em cerca de 5%, sexual. Os índices são concordantes com os estudos globais e diferentes dos estudos de Schraiber et al. (2007).

O fato de a notificação se dar em serviços de saúde pode ampliar a notificação das agressões, já que as vítimas que sofreram lesões em função da violência tendem a procurar primeiro esses tipos de serviços. Outro viés pode ser

a invisibilidade da violência psicológica contra a mulher nos serviços de saúde (KIND ET AL., 2013) e o fato de uma parcela dos profissionais demonstrar inabilidade em identificar e conduzir casos de violência doméstica, deixando de registrar a ocorrência de violência psicológica por não reconhecê-la como uma demanda aos serviços de saúde e dos demais equipamentos de atenção e proteção.

Diversos estudos apontam que a violência sexual afeta mais as mulheres que os homens, como demonstraram os dados do Viva. (FELIZARDO; ZÜRCHER; MELO, 2006; MINAYO, 2005). Autores sinalizam que cerca de 25% das mulheres podem ter sido vítimas de violência sexual do seu parceiro e que um terço das meninas adolescentes foram forçadas a ter sua primeira experiência sexual (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005).

A violência contra as mulheres, em geral, é cometida por pessoas do convívio familiar, conforme estabelecido no atual estudo (WHO, 2013). A OMS ressalta, ainda, que o agressor, na maioria das vezes, é o parceiro íntimo (WHO, 2013). Segundo os dados deste estudo, os cônjuges, ex-cônjuges, namorado e ex-namorado somam mais da metade das ocorrências.

A relação entre gênero e violência é complexa. Os diferentes papéis e comportamentos de mulheres e homens, crianças e adultos, são moldados e reforçados pelas normas de gênero dentro da sociedade. Essas são as expectativas sociais que definem comportamento apropriado para mulheres e homens (por exemplo, em algumas sociedades, o sexo masculino está associado ao estereótipo de ser duro e agressivo e de ter múltiplos parceiros sexuais). As diferenças de gênero, papéis e comportamentos muitas vezes criam desigualdades nas relações, definindo papéis de subordinação das mulheres aos homens. Assim, em muitas sociedades, mulheres de fato são vistas como subordinadas aos homens (WHO, 2010).

A suspeita do uso de álcool pelo provável autor de agressão foi superior a 50% dos casos registrados. Em estudo sobre a violência por parceiros íntimos e consumo de álcool, Zaleski

et al. (2010) encontraram que as mulheres perceberam o uso de álcool por seus parceiros em 44,6% dos episódios de violência e que os relatos de homens alcoolizados durante os eventos de violência por parceiro íntimo, quer seja na condição de perpetrador, quer seja de vítima ou na violência mútua, foi quatro vezes superior ao relatado entre mulheres (ZALESKI ET AL., 2010).

Os percentuais de lesões autoprovocadas e da própria pessoa como autora da agressão, cerca de um quinto, demonstram a necessidade de atenção aos sinais, sintomas e fatores de risco do sofrimento psíquico nessa população.

Reichenheim *et al.* (2011) destacam a associação com a etnia e a condição econômica: mulheres e crianças negras e pobres são as principais vítimas da violência doméstica. O estudo atual mostrou maior frequência de mulheres pardas e negras vítimas de violência física, sexual e tortura, enquanto, na violência psicológica, não houve diferença segundo raça/cor.

A maioria dos casos evolui para alta, entretanto, cerca de 16% precisaram ser internadas, além do registro de mais de 300 óbitos, revelando a gravidade das ocorrências.

A notificação da violência contra a mulher é realizada nas unidades de saúde, no entanto, cabe à mulher, em respeito à sua autonomia, decidir pela denúncia nos órgãos de responsabilização e por sua submissão aos exames médico-periciais. Inclusive, para fins de realização de aborto de conceitos decorrentes de violência sexual.

A maior frequência de notificações na região Sudeste se deve à implantação da vigilância e de maior adesão dos gestores e das equipes técnicas ao tema. Portanto, não se deve fazer comparações regionais, ou mesmo entre Unidades Federadas e municípios, pois existem momentos distintos na implementação da Vigilância de Violências. Desse modo, uma maior frequência de episódios de violência não deve ser tomada como um maior coeficiente populacional de violências. Essa interpretação é temerária nos anos iniciais de

implantação de um sistema de notificação.

Durante décadas, promover a igualdade de gênero tem sido uma parte fundamental da prevenção da violência. Isso incluiu intervenções que confrontam crenças arraigadas e normas culturais a partir das quais desigualdades de gênero foram construídas, e desenvolver esforços para envolver todos os setores da sociedade em corrigir essas desigualdades são iniciativas pensadas para reduzir a violência de gênero. Estudos apontam que promover igualdade de gênero é um elemento essencial na prevenção da violência e que intervenções em escolas são muito importantes, buscando trabalhar com crianças atitudes e comportamentos que visam a prevenir abusos sexuais e a reverter atitudes e comportamentos, estabelecendo relações igualitárias e mudanças de atitudes frente às desigualdades de gênero. Intervenções comunitárias que buscam capacitar mulheres, com o objetivo de torná-las autossuficientes economicamente, também são efetivas. Além de intervenções na mídia, como campanhas de sensibilização desafiando normas de gênero e atitudes e sensibilizando toda a sociedade quanto ao comportamento violento contra mulheres e a como impedi-lo. Torna-se, ainda, importante avançar em leis e políticas de promoção da igualdade de gênero (ILIKA, 200; GARCIA-MORENO ET AL., 2002).

Diversos acordos internacionais têm obrigado os Estados a tomar medidas para eliminar a violência de gênero contra as mulheres (COMMONWEALTH SECRETARIAT, 2003; MORRISON; ELLSBERG; BOTT, 2009). Esses incluem a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, o Pacto Internacional sobre Direitos Cívicos e Políticos e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (MORRISON; ELLSBERG; BOTT, 2009). Mudanças significativas também estão em andamento em todo o mundo para fortalecer as leis e políticas nacionais. Entre elas estão as leis que criminalizam a violência contra as mulheres (violência por parceiro íntimo, por exemplo, estupro em casamento, o tráfico para a prostituição); leis

e políticas que apoiem e protejam as pessoas afetadas (por exemplo, implementar ordens de proteção, unidades de proteção à criança e à família, equipes de intervenção especializadas, abrigos para mulheres e familiares vinculados aos tribunais); melhorar a resposta da polícia e de outros funcionários da justiça criminal para casos de violência contra as mulheres; e melhorar os direitos das mulheres no casamento, divórcio, propriedade e herança, assim como oferecer Apoio à Criança (MORRISON; ELLSBERG; BOTT, 2009).

No Brasil, a Lei Maria da Penha avançou no sentido de dar transparência ao tema da violência contra a mulher. A implantação do Viva, com os respectivos avanços nas pactuações com estados e municípios para a implantação da notificação da violência, tem avançado nos registros de notificação e na estruturação de serviços locais de proteção às vítimas de violências. A notificação da violência é um importante passo em busca de uma sociedade mais igualitária, eliminando a desigualdade de gênero (BRASIL, 2004, 2011).

Desigualdades de gênero podem ter um grande e abrangente impacto na sociedade. Por exemplo, podem afetar as oportunidades de emprego e promoção, os níveis de renda, a participação, a representação política e a educação. Muitas vezes, as desigualdades de gênero aumentam o risco de atos de violência dos homens contra as mulheres. Por exemplo, as crenças tradicionais de que homens têm o direito de controlar as mulheres tornam as mulheres e meninas vulneráveis emocionalmente e aumentam atos de violência sexual praticados por homens (SCHRAIBER ET AL., 2007; KIND ET AL., 2013).

Conclusão

Entre as políticas e ações de prevenção de violência e promoção da saúde, destacamos a Política Nacional de Promoção à Saúde de 2006 como um importante apoio no desenvolvimento e na articulação intrasetorial

para ações e programas de prevenção de violências (BRASIL, 2006). Em meio às ações da Política de Promoção à Saúde, destacamos a inclusão de indicadores de monitoramento, como a implantação dos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, no Pacto pela Saúde, entre 2008 a 2011, e a partir de 2011, no Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap), onde foram inseridos indicadores de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. A Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde foi criada em mais de 1300 municípios, em conformidade com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e visa à atenção integral e proteção às pessoas e suas famílias em situação de violência (MALTA; CASTRO, 2009). Entre 2006 e 2012, foram financiados cerca de 1300 municípios contendo ações de prevenção de violência e acidentes e de cultura da paz. Nos últimos anos, foram realizadas cinco edições do Curso de Educação a Distância (EAD) em Promoção da Saúde, uma Parceria com a Universidade de Brasília, e cinco edições do curso de capacitação de prevenção de violências e acidentes, em parceria com o Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), da Fundação Oswaldo Cruz, para o desenvolvimento do curso à distância Impactos da Violência na Saúde.

No que se refere às ações intersetoriais de prevenção de violência, destacam-se marcos legais como: Plano de Ação para o Enfretamento da Violência Contra a Pessoa Idosa (2005); Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (Decreto nº 5.948, de 26/10/2006); Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340, de 7/8/2006), Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Portaria MS/GM nº 992, de 13/5/2009); Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT (2008); Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Linha de Cuidado para a Atenção à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências; entre outros (MALTA ET AL., 2014). Essas ações e políticas têm ampliado o compromisso dos gestores com o tema da promoção da saúde e da prevenção de violência.

Os dados de notificação de violência contra a mulher atendida nos serviços de saúde aproximam-se dos encontrados em pesquisas nacionais e internacionais e reiteram a necessidade de qualificar a atenção em saúde para a identificação e o cuidado das mulheres em situação de violência, de forma a intervir na prevenção da violência por meio da articulação de políticas públicas intersetoriais que visem à promoção da autonomia das mulheres enquanto sujeitos de direitos e para promover a equidade de gênero. ■

Referências

- BRASIL. Decreto nº 1.973, de 1º de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=122009>>. Acesso em: 06 dez. 2013.
- _____. Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 24 nov. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm>. Acesso em 09 dez de 2013.
- _____. Lei nº 11.340, de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 24 nov. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm>. Acesso em: 09 dez. de 2013.
- _____. Lei. nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em: 11 set. de 2014.
- _____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 1 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 09 dez. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. [sem descrição]. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 16 maio 2001. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-737.htm>>. Acesso em: 01 out. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.406, de 05 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher e aprova instrumento e fluxo para notificação. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 05 nov. 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/2406.htm>>. Acesso em: 09 dez. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. *VIVA: vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencias_acidentes.pdf>. Acesso em: 01 out. de 2014.
- _____. Ministério da Saúde. *VIVA: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_2008_2009_violencias_acidentes.pdf>. Acesso em: 01 out. de 2014.
- _____. Ministério da Saúde. *VIVA: vigilância de violências e acidentes. 2009, 2010, 2011*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_2009_2011-versao_eletronica.pdf>. Acesso em: 01 out. de 2014.
- COMMONWEALTH SECRETARIAT. *Integrated approaches to eliminating gender-based violence*. London: Commonwealth Secretariat, 2003.
- FELIZARDO, D.; ZÜRCHER, E.; MELO, K. Violência sexual: conceituação e atendimento. In: LIMA, C. A. et al. (Coord.) *Violência faz mal à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. p. 69-80.
- GARCIA-MORENO C. et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, Londres, n. 368, p. 1260-1269, 2002.
- GAWRYSZEWSKI, V. P. et al. A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1269-1278, 2007.
- GOMES, R.; MINAYO, M. C. S; SILVA, C. F. R. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 340, p. 117-140, 2005.

- GUIMARÃES, I. Violência de gênero. In: LIMA, C. A. et al. (Coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. p. 105-109.
- ILIKA, A. L. Women's perception of partner violence in a rural Igbo community. *African Journal of Reproductive Health*, Benin City, v. 9, n. 3, p. 77-88, dez. 2005.
- KIND, L. et al. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n9/a20v29n9.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2014.
- KRUG, E. G. et al. *World Report on Violence and Health*. Geneva, World Health Organization, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2013.
- MALTA, D. C.; CASTRO, A. M. *Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde*: boletim técnico do SENAC, n. 35, p. 63-71, 2009.
- MALTA, D. C. et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2014. Prelo.
- MALTA, D. C. et al. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. *Revista brasileira de epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 11, supl. 1, p. 159-167, 2008.
- MALTA, D. C. et al. Iniciativas de Vigilância e Prevenção de Acidentes e Violência no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 45-55, jan.-mar. 2007.
- MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad. Saúde Pública*, [online]. v. 10, sup.1, p. S7-S18, 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10sup1a02.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2013.
- . Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b. p. 9-42.
- MORRISON, A; ELLSBERG, M; BOTT, S. *Addressing gender based violence in the Latin American and Caribbean region: a critical review of interventions*. Disponível em: <<http://www-wds.worldbank.org>>. Acesso em: 5 fev.de 2009. (World Bank policy research working paper, 3438).
- MITRA, A.; SINGH P. Human capital attainment and gender empowerment: the Kerala paradox. *Social Science Quarterly*, New York, v. 88, n. 5, p.1227-1242, dez. 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*. Genebra: OMS, 2010. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44350/3/9789275716359_por.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2013.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres*. A/RES/48/104, 20 de dezembro de 1993. Disponível em: <<http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>>. Acesso em: 06 dez. 2013.
- . *Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (CEDAW)*: Assembleia Geral das Nações Unidas. A/RES/34/180, 18 de dezembro de 1979. Disponível em: <<http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/ConvElimDiscContraMulher.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2013.
- REICHENHEIM, M. E. et al. Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *Lancet*, Londres, n. 5, p. 75-89, 2011.
- RODRIGUES, C. S. et al. Acidentes e violências entre mulheres atendidas em Serviços de Emergência

Sentinela – Brasil, 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro [online], v. 17 n. 9, 2009.

SCHRAIBER, L. B; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 3, n.5, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v3n5/03.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2013.

SCHRAIBER, L. B et al. Prevalência da Violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797 – 807, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5854.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*. Geneva, World Health Organization, 2010.

———. *Prevention of violence: a public health priority: WHA49.25*, Geneva, 20 a 25 de maio de 1996. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: <http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2013.

———. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 25 mar. 2014.

ZALESKI, M. et al. Violência entre parceiros íntimos e o consumo de álcool. *Rev. Saúde pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 9-53, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000100006&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 set. 2014.

Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes

Mental health policy on the new context of the Unified Health System: regions and networks

Jaqueline Tavares de Assis¹, Cláudio Antônio Barreiros², Andréa Borghi Moreira Jacinto³, Roberto Tykanori Kinoshita⁴, Pedro de Lemos Macdowell⁵, Taia Duarte Mota⁶, Fernanda Nicácio⁷, Mariana da Costa Schorn⁸, Isadora Simões de Souza⁹, Alexandre Teixeira Trino¹⁰

¹ Mestre em Processos de Desenvolvimento e Saúde pela Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil. Assessora técnica do Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. jaqueline.assis@saude.gov.br

² Mestre em Trabalho e Desenvolvimento Sustentável pela Universidade Federal de Alagoas (Ufal) - Maceió (AL), Brasil. Assessor Técnico do Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. claudio.barreiros@saude.gov.br

³ Mestre em Antropologia Social pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Analista de Políticas Sociais do Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. andrea.jacinto@saude.gov.br

⁴ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. Coordenador Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas no Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. roberto.tykanori@saude.gov.br

⁵ Mestre em Antropologia Social pela Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil. Analista de Políticas Sociais do Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. pedro.macdowell@saude.gov.br

⁶ Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EUSP) - São Paulo (SP), Brasil. Analista de Políticas Sociais do Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. taia.mota@saude.gov.br

RESUMO O Ministério da Saúde, por meio da sua Coordenação Nacional de Saúde Mental, desde o início da década de 1990 até os dias atuais, vem em uma trajetória contínua, trabalhando na construção dos instrumentos para a implantação do novo modelo e na promoção dos valores e conceitos que emergiram da relação com o movimento social historicamente conhecido como Movimento da Luta Antimanicomial. Relação complexa por definição, entre Movimento Social e Instituição, caracterizada por antagonismos, complementariedade, concorrência, circularidade, mas que caminha em uma direção comum, em um moto contínuo de crítica das instituições e sua superação prática por novos modos de organizar e trabalhar, gerando novas instituições e novas sociabilidades. Neste artigo, apresentamos uma perspectiva do momento atual da Política de Saúde Mental, desde o ponto de vista da Coordenação de Saúde Mental, considerando o quadriênio 2011-2014, e apontando algumas direções futuras.

PALAVRAS-CHAVE Saúde Mental; Sistema Único de Saúde; Políticas de saúde; Serviços de saúde mental; Reabilitação.

ABSTRACT *Since the 90's the Ministry of Health of Brazil, through National Mental Health Coordination, has been working in a continuous path on the construction of instruments to develop a new model and promotion of values and concepts that emerge from the contact of the historically known social movement called Movimento da Luta Antimanicomial. With a complex relation, Social Movement and Coordination are characterized by antagonisms, complementarity, competition and circularity, within a common direction of continuous criticism towards institutions and the overcoming of new forms of organization and work, creating new institutions and sociability. This article presents a current perspective on Mental Health Brazilian Policy from National Mental Health Coordination, regarding the quadrennium 2011-2014 and indicating some new directions.*

KEYWORDS *Mental Health; Unified Health System; Health policy; Mental Health Services; Rehabilitation.*

Introdução

A promulgação da Lei nº 10.216, em abril de 2001 (BRASIL, 2001), após 12 anos de debates e tramitação no Congresso Nacional, instituiu a reforma psiquiátrica como política do Estado brasileiro (BRASIL, 2005A). Ao assegurar os direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais e redirecionar o modelo de atenção, priorizando os serviços comunitários, determinou uma exigência ético-técnica de buscar garantir o ‘cuidar em liberdade’, e abriu um conjunto de desafios, inclusive no campo jurídico, para a efetivação da cidadania das pessoas com a experiência do sofrimento, decorrentes de transtornos mentais e/ou com problemas relacionados ao uso de drogas. Como ‘processo social complexo’ (ROTELLI ET AL., 1990), a reforma psiquiátrica insere-se no contexto dos desafios da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, de forma mais ampla, participa das políticas públicas de promoção de direitos, de superação das desigualdades sociais e de desenvolvimento social. O processo encontra-se em curso e apresenta ampla participação social, com os movimentos de luta antimanicomial, com destacado protagonismo de usuários e familiares, com a singular insígnia ‘Por uma sociedade sem manicômios’. A ativa participação desses atores tem se evidenciado nas instâncias de controle social do SUS e pela participação na realização de

quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental (BRASIL, 1988, 1992; SUS, 2002A, 2010).

A Política Nacional de Saúde Mental, seguindo as diretrizes da reforma psiquiátrica, de superação do modelo asilar e de garantia e promoção dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais, transformou o cenário da atenção pública em saúde mental no País na última década. Dentre as principais inovações, vale destacar: a adoção do território como conceito organizador da atenção; a contínua expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades – CAPS I; CAPS II; CAPS III; Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD); e Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSIJ) –, ampliando o acesso e a interiorização de serviços; a redução significativa do número de leitos e de hospitais psiquiátricos; a criação do Programa de Volta para Casa, com o auxílio-reabilitação psicossocial instituído pela Lei nº 10.708/03; e a reversão, desde 2005, dos recursos financeiros, anteriormente destinados quase exclusivamente à assistência hospitalar (BRASIL, 2003; 2005A; 2007; 2011). O impacto objetivo destas medidas pode ser estimado pela quantidade de atendimentos realizados: em 2002, foram registrados em torno de 400 mil atendimentos de saúde mental pelo SUS; em 2010, esses registros ultrapassaram a marca de 20 milhões de atendimentos, isto é, uma expansão de 50 vezes em menos de 10 anos.

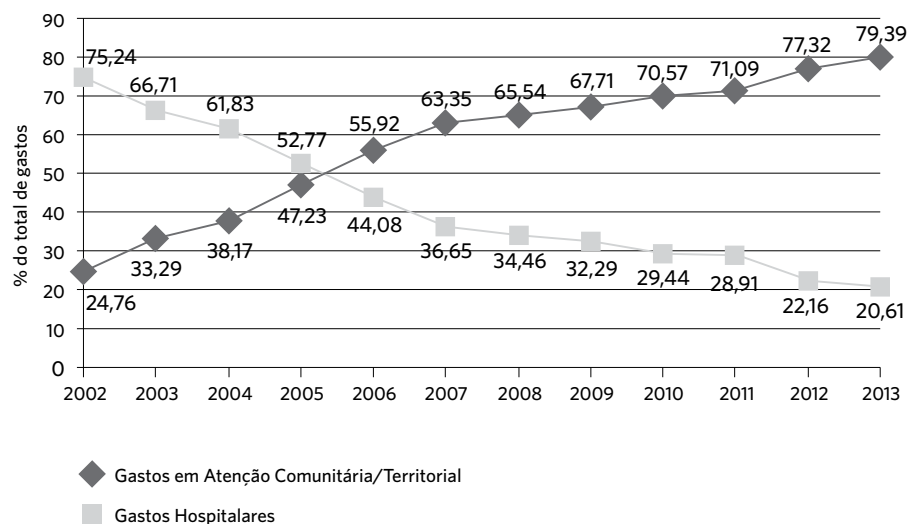
⁷ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Coordenadora Adjunta de Saúde do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil. fernanda.nicacio@saude.gov.br

⁸ Mestre em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Analista Técnica de Políticas Sociais do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil. mariana.schorn@saude.gov.br

⁹ Especialista em análise institucional/Esquizaanálise pela Escola Superior de Administração, Direito e Economia (Esade) – Porto Alegre (RS), Brasil. Assessora técnica do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil. isadora.souza@saude.gov.br

¹⁰ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal Fluminense (UFF) – Niterói (RJ), Brasil. Coordenador Adjunto de Saúde Mental Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil. alexandre.trino@saude.gov.br

Gráfico 1. Relação entre a porcentagem do total de gastos da saúde mental/SUS com os hospitais psiquiátricos e com a atenção comunitária/territorial, de 2002 a 2013



Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/MS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)/SAS/MS, 2014

“Cidadania e loucura, histórica e socialmente, se produziram como espaços nitidamente separados”, mas a afirmação do ‘louco’ como ‘sujeito de direitos’ proposta pela reforma psiquiátrica exige uma profunda transformação das instituições: esta articulação do campo da loucura com o campo dos direitos insere a reforma psiquiátrica no contexto da reconstrução das instituições democráticas e das “políticas públicas que pretendem a extensão dos direitos universais, mas produz algo novo ao enunciar o louco como sujeito de direitos” (NICACIO, 1994, p.22). Os tradicionais conhecimentos, instituições e valores construídos em torno do objeto abstrato ‘doença’ e suas correspondentes relações de tutela e de invalidação, assim como os marcos jurídicos sobre os quais se assentam o contraditório mandato social, tensionado entre a delegação de cura e de custódia, são postos à crítica para serem substituídos por novas práticas (BASAGLIA, 1985).

Constitui-se uma arena em que se enfrentam visões de mundo concorrentes, que, em síntese, são paradigmas reducionistas versus paradigmas da complexidade.

O Ministério da Saúde (MS), por meio da sua Coordenação Nacional de Saúde Mental, desde o início da década de 1990 até os dias atuais, vem trabalhando em uma trajetória contínua na construção dos instrumentos para a implantação do novo modelo e na promoção dos valores e conceitos que emergiram da relação com o movimento social historicamente conhecido como Movimento da Luta Antimanicomial. Relação complexa por definição, entre Movimento Social e Instituição, caracterizada por antagonismos, complementariedade, concorrência, circularidade, mas que caminha em uma direção comum, em um moto contínuo de crítica das instituições e sua superação prática por novos modos de organizar e trabalhar, gerando novas instituições e novas sociabilidades.

Neste artigo, apresentamos uma perspectiva do momento atual da Política de Saúde Mental, desde o ponto de vista da Coordenação de Saúde Mental, considerando o quadriênio 2011-2014, e apontando algumas direções futuras.

Reforma Psiquiátrica e as Redes de Atenção Psicossocial

Em junho de 2011, a promulgação do Decreto nº 7.508/11 regulamentou a Lei nº 8.080/90 e dispôs sobre “a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa” (BRASIL, 2011A, P. 4) definindo, entre outros aspectos: região de saúde como

[...] espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais [...] com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011A, P. 4);

e Redes de Atenção à Saúde (RAS) como o “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011A, P. 5). Definem-se, aqui, duas novas referências para o desenvolvimento, a implantação e o financiamento do SUS: a região e as RAS.

O Decreto nº 7.508/11 estabeleceu, também, um novo contexto institucional para a efetivação da atenção psicossocial ao exigir, no Artigo 5o, que as ‘regiões de saúde’, para serem instituídas,

devem conter, no mínimo, ações e serviços de: atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde (BRASIL, 2011A, P. 6).

As ações de saúde mental passam a fazer parte do conjunto de exigências fundamentais para a instituição das regiões de saúde.

Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde adotou a estratégia da organização do SUS a partir da criação das RAS, com sub-redes temáticas. Assim, a Portaria GM, 3.088, de dezembro de 2011, republicada em maio de 2013 (BRASIL, 2013A), instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). O conceito de trabalho em rede, integrante histórico das proposições da reforma psiquiátrica, inseriu-se no novo cenário político-institucional da saúde.

A RAPS é pautada pelos princípios do respeito aos direitos humanos; pela garantia de autonomia e liberdade; pela promoção da equidade, do exercício da cidadania e da inclusão social; e pelo enfrentamento de estigmas e preconceitos. Dentre as diretrizes e os objetivos propostos destacam-se, também: a garantia do acesso e da qualidade dos serviços e, no que se refere à problemática relacionada à dependência de álcool e drogas, a perspectiva de redução de danos, com cuidado territorial, humanizado, integral e multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar e intersetorial, com participação e controle social de usuários e de familiares. É importante destacar o caráter territorial da rede, centrada nas necessidades concretas das pessoas, sendo responsável pelo cuidado continuado e pela promoção de reinserção social pelo trabalho, pela renda e pela moradia solidária (BRASIL, 2013A).

Com esta perspectiva, compõem a RAPS sete componentes, com diversos pontos de atenção regulamentados por normativas específicas, a saber: Atenção Básica; atenção psicossocial; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar em hospitais gerais; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2013A).

A efetivação das diretrizes e dos objetivos da rede de atenção psicossocial e de um trabalho em rede não se dá pela somatória de pontos de atenção implantados nem pelo elenco organizativo dos componentes ou,

ainda, pela simples modernização do circuito assistencial. A RAPS se efetiva – isto é, só existe – na dependência de pessoas (de pontos de atenção diversos) que se conectam e se coordenam com uma finalidade comum. A RAPS existe em função de projetos, seja um Projeto Terapêutico Singular (PTS), seja uma festa ou intervenção cultural em um determinado território. Quando se chega ao objetivo, desfaz-se esta rede até o próximo projeto e a formação de uma nova rede. Assim, a RAPS tem duas dimensões: uma normativo-institucional, que afirma uma unidade institucional da rede; outra operacional, prática, concreta, que depende das relações efetivas entre as pessoas.

É importante destacar que nessa nova configuração das RAPS, os hospitais psiquiátricos não constituem pontos de atenção e estão colocados como objeto do componente de desinstitucionalização. Em consonância com os princípios e as diretrizes da reforma psiquiátrica e da Lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2001), a RAPS tem de constituir práticas efetivamente substitutivas ao modelo asilar, assegurando o ‘cuidado em liberdade’ em serviços comunitários. Trata-se de assumir a responsabilidade pela saúde mental de um determinado território e desenvolver a RAPS de modo a desconstruir na prática a necessidade dos manicômios.

O compromisso ético e sanitário de buscar dialogar, interagir e responder à multidimensionalidade das necessidades das pessoas com a experiência da complexidade do sofrimento decorrente de transtornos mentais – inclusive aqueles relacionados ao abuso e/ou dependência de drogas – em seus contextos da vida, implica a contínua tessitura, nos territórios, de respostas concretas, coordenadas, integradas, abrangentes e plurais, o que exige necessariamente, a articulação intra e intersetorial. No contexto do SUS, a Coordenação Nacional de Saúde Mental tem interfaces com os campos da Atenção Básica, hospitalar, de urgência e emergência; com as políticas públicas de saúde no sistema prisional de saúde de crianças,

adolescentes e jovens e de saúde da pessoa com deficiência.

Dessa forma, a proposição de redes aponta para o conjunto de possibilidades de recursos e de respostas a serem conjugadas, associadas e coordenadas de modo a produzirem ‘transformações nas realidades dos territórios e transformar a experiência do sofrimento’ na vida das pessoas. Ao mesmo tempo, implica a necessidade de superação do isolamento das práticas dos serviços, mobilizando saberes e recursos de usuários, familiares e instituições do território para se conjugarem em novas configurações pessoas-equipamentos-serviços-contextos em torno de ‘projetos comuns’. A proposição de formar as redes visa promover um agir coordenado para produzir um ‘dever’ comum.

Articulação interfederativa

A implantação das regiões e das RAPS dentro do novo quadro institucional exige que os três níveis de gestão do SUS – federal, estadual e municipal – estabeleçam mecanismos de pactuação adequados. Um dos mecanismos propostos foi a criação de Grupos Condutores das Redes Temáticas, instância onde os gestores se articulam de modo a produzir consensos em torno de Planos de Ação da RAPS. Para que o Ministério da Saúde, através da Coordenação Geral de Saúde Mental, pudesse estar presente com regularidade nesses fóruns, a equipe foi ampliada de modo que cada um dos 27 estados tivesse um profissional dedicado às questões locais. Esta aproximação entre federação, estados e municípios tem permitido a formação de uma visão geral da reforma psiquiátrica no Brasil e os debates que ocorrem dessas instâncias alimentam a compreensão da enorme diversidade institucional, cultural e social do país. O desafio está em combinar as diretrizes gerais da política nacional com as particularidades e especificidades das regiões.

Agregando novos marcos referenciais para a Política Nacional de Saúde Mental

A expansão da RAPS se dá no âmbito do aumento da extensão geográfica, mas também no âmbito da amplitude de questões postas pela busca da garantia de direitos e emancipação de modo universal, que coloca desafios para a preservação de particularidades de diversos segmentos da sociedade na composição do que é comum. Daí que a Política de Saúde Mental vem criando dispositivos para acolher as questões das populações tradicionais (populações indígenas, quilombolas, ribeirinhos) negra, lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, da população em situação de rua.

Da coerção à coesão: desafios do campo da atenção às pessoas com necessidades relacionadas à dependência de álcool e drogas

Na história da reforma psiquiátrica, as questões relacionadas aos problemas decorrentes do uso e dependência de drogas ficaram à margem da agenda principal, voltada para a questão da desinstitucionalização dos manicômios. Na última década, aquelas ganharam destaque nas preocupações da sociedade e se colocaram na agenda obrigatória da política de saúde mental.

As políticas mais tradicionais dedicadas à questão das drogas vêm sendo criticadas e reorientadas, deslocando o paradigma ‘da coerção para o da coesão’. A experiência histórica das últimas décadas sob a insígnia da

‘Guerra às drogas’ acumulou muitos fracassos traduzidos em muitos recursos dispendidos com baixa efetividade e uma imensa contabilidade de vidas perdidas, violência, corrupção, ascensão de organizações criminosas. Está havendo uma mudança de perspectiva: até então, se considerava que os males da sociedade (pobreza, violência e desordem) tinham a sua origem no uso de drogas e, portanto, estas deveriam ser combatidas para a solução daqueles. Atualmente, o foco deslocou-se para as características da dinâmica social, em termos de coesão ou fragmentação do corpo social e considera-se que os efeitos do uso de drogas e das atividades criminosas variam de acordo com esta dinâmica. As sociedades mais coesas se mostram mais resilientes aos efeitos das drogas e do crime, ao passo que aquelas sociedades cujo corpo social é fragmentado, são mais vulneráveis. Esta mudança de perspectiva implica em uma reformulação dos referenciais das políticas públicas: busca-se o aumento da coesão social e não mais a eliminação das drogas. Supõe-se que o consumo de substâncias que alteram vivências como fato cultural, problemático ou não, assim como a ocorrência de transgressões e crimes, são fenômenos que não podem ser eliminados, mas que é possível minimizar os seus efeitos deletérios na sociedade (UNODC, 2009). O Programa *Crack, é Possível Vencer*, lançado ao final de 2011, foi gerado em meio a esse debate mundial, que levou a essa mudança de referencial.

Essa situação colocou a RAPS como uma das prioridades de governo, o que assegurou uma quantidade de recursos financeiros para a política de saúde mental sem precedentes e facilitou um conjunto de novas ações protagonizadas pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde.

O 'local' e o 'lugar' do usuário de drogas

O debate a respeito do modo de cuidar dos usuários de *crack* e outras drogas frequentemente gira sobre como se devem organizar os serviços, que serviços ofertar e como ofertar tais serviços. Mas, principalmente, as perguntas de fundo que têm sido feitas são: Onde? Para onde encaminhar? Para onde ir? Onde ficar? Para onde voltar?

Há uma percepção corrente de que falta um 'local físico' adequado para se colocar os usuários de drogas. Nessa lacuna é que ganhou muita força o movimento das comunidades terapêuticas. Sem entrar na polêmica sobre a efetividade dessas abordagens ou sobre as inúmeras denúncias de violação de direitos em algumas dessas entidades, ressaltamos aqui que, sob a ótica da busca de um 'local', elas se colocam como uma possibilidade concreta. Mudando a questão, por muito tempo pretendeu-se gerar políticas para os usuários de drogas sem tomá-los como interlocutores legítimos para a elaboração das respostas. Sabe-se como esses usuários incomodam a sociedade, mas não se sabe quem são essas pessoas.

A Secretaria Nacional de Políticas de Drogas, em 2010, encomendou uma pesquisa, realizada pela Fiocruz, (BASTOS, BERTONI, 2014) para se conhecer melhor a realidade do fenômeno do *crack*. Os resultados dessa ampla investigação, realizada em todo o território nacional, produziram um perfil do usuário de *crack* nas ruas das cidades: são homens jovens, negros e pardos, sem estudo, baixa empregabilidade e com histórico de passagem por prisões. O tempo médio de uso de *crack* gira em torno de oito anos. Questionados sobre o que esperariam ou gostariam que um serviço de saúde lhes ofertasse, responderam, em síntese: moradia, trabalho, educação e, principalmente, respeito. As questões de saúde ficaram em quarto lugar e restritas a 'curativos'. A pesquisa derruba vários mitos, mas, principalmente, a ideia de que aquelas pessoas não têm consciência delas

mesmas, do que querem, do que precisam. O que se evidenciou é que se trata de uma população cronicamente marginalizada, excluída e que, mais do que de um local, carecem de um 'lugar na sociedade', isto é, que precisam ser inseridos como 'sujeitos legítimos nas relações sociais'. Por outro lado, também se evidenciou a grande dificuldade de acesso aos serviços de saúde e de saúde mental. Este acesso é restrito tanto pela pequena quantidade de CAPS, ou outros que atendem questões de drogas, como pelas barreiras da falta de preparo técnico e do preconceito dos profissionais da rede de saúde.

Frente a isso, adotaram-se diversas medidas para a expansão de CAPS – particularmente os CAPSAD III – que envolvem: aumento dos repasses federais relativos ao financiamento; diminuição dos parâmetros populacionais para implantação; estímulo à implantação de leitos em hospitais gerais pelo aumento do financiamento; e atualizações sobre drogas em larga escala (curso à distância para profissionais de CAPS oferecido pela parceria Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal de Santa Catarina; e o Caminhos do Cuidado (2013), dirigido aos profissionais da Atenção Básica). Ainda assim, a questão prática de locais físicos onde acolher essas pessoas se colocava e foram adotadas duas medidas: de um lado, foram estabelecidos parâmetros e regramentos para a inclusão das chamadas comunidades terapêuticas e por outro foram criadas as Unidades de Acolhimento.

Unidade de Acolhimento (UA)

A UA, conforme descrita no 'Manual com Orientações para projetos de construção de CAPS e de UA' (BRASIL, 2013B), é um 'serviço residencial', uma casa. Nessa perspectiva, é um espaço projetado para o acolhimento, a hospitalidade, a convivência, e é fundamental considerar que a possibilidade de 'habitar' e de 'trocar identidades', de enriquecimento

das redes sociais, constituem eixos centrais na proposição de ‘reabilitação como cidadania’ (BRASIL, 2013B; SARACENO, 1999). Ainda de acordo com o referido Manual, a afirmação da proposição de casa busca enfatizar a complexidade de experiências concretas de aquisição e/ou aprendizagem de habitar os espaços, de vivenciar as oportunidades da vida cotidiana, de compartilhar um local. É importante ter presente que, nos processos de reabilitação, a noção de casa remete à “possibilidade de re-visitar a própria casa passada, as raízes e os lugares, as memórias e as impossibilidades” (BRASIL, 2013B; SARACENO; STERNAL 1987 APUD SARACENO, 1999, P. 116). A UA constitui um ‘recurso dos PTS’, de acordo com as necessidades dos usuários em seus contextos sociorrelacionais, considerando, em particular, o ‘habitar’ como um dos eixos centrais nos processos de reabilitação psicossocial que visam à promoção de autonomia, de participação nas trocas sociais, de ampliação do poder de contratualidade social e de acesso e exercício de direitos das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2013B; ROTELLI, 1999; SARACENO, 1999; KINOSHITA, 1996).

Debate: internação compulsória e involuntária

Ainda no âmbito do debate centrado no ‘para onde levar’ as pessoas, ocorre um segundo debate, agora voltado para a possibilidade ou responsabilidade de se recolher a pessoa contra a sua vontade. Essa polêmica pôs em campo duas modalidades de internação citadas na Lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2001): a internação involuntária e a internação compulsória. Ambas coincidem no aspecto de se impor uma ação contra a vontade da pessoa. Mas diferem nos atores que as determinam. Na prática corrente, os médicos têm uma delegação social para a aplicação de medidas contra a vontade da pessoa, caso ela esteja

em risco de morte ou de danos a outrem. Mas o que se deflagrou nos últimos anos, foi o poder judiciário tomando medidas que são de responsabilidade do executivo e estabelecendo condutas sobre esferas que transcendem o papel institucional. Assim, juízes determinam a aplicação de terapêuticas, ou a internação para tratamento, à revelia das indicações médicas e sobredeterminando as normativas do SUS. Este tipo de ação melhor se enquadra no que se denomina como judicialização da saúde. Esta situação, equivocadamente chamada de internação ‘compulsória’, nada tem a ver com o que prevê a Lei nº 10.216/01 (BRASIL, 2001). Ali se trata de internação referente a processos criminais em que a pessoa foi considerada inimputável, seguida de interdição e aplicação da medida de segurança, que é um tratamento compulsório. Ainda assim, o tratamento compulsório deveria preferencialmente ser realizado em regime aberto, embora ainda se realize em hospital de custódia.

Desafios da prevenção de drogas

Neste percurso, agregamos como uma ação estratégica a introdução de metodologias de prevenção de drogas com base em evidências experimentais. Embora a temática de prevenção de drogas seja muito corrente e quase unânime, existem poucas evidências quanto à efetividade destas ações. Em colaboração com o Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC), identificamos métodos que foram testados em diversos países e em diferentes contextos e que demonstraram impactos significativos na prevenção de drogas. Assim como também se identificou que muitas práticas correntes e ubíquas podem ter efeitos iatrogênicos. Por exemplo, em vários países há a prática de apresentar ex-usuários de drogas em escolas, para que contem suas experiências

como ‘conselhos de quem já passou por isso’. As pesquisas indicam que quase invariavelmente este tipo de prática ‘induz’ o consumo.

Traduzimos e adaptamos para o contexto nacional duas metodologias de prevenção baseadas em escolas: *Unplugged* – para adolescentes de 10 a 14 anos – e *Good Behavior Game* (GBG) – para crianças de 6 a 10 anos; e a *Strengthening Families Program* (SFP), uma metodologia voltada para a atuação junto aos pais, parentes e adolescentes. As ações nas escolas são realizadas pela instrumentação dos professores com estas ferramentas, que se centram no desenvolvimento de habilidades para a vida, no fortalecimento da capacidade crítica e da assertividade e no desenvolvimento de sociabilidades.

Estes métodos estão sendo implantados em oito capitais e em outros três municípios do País e estamos empenhados no desenvolvimento de estratégias para sua difusão em escala nacional. As ações voltadas para famílias estão sendo incorporadas no Governo do Distrito Federal (GDF) com uma ferramenta

para a ação de todos os Centros de Referência da Assistência Social e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) vem acompanhando a experiência, visando a uma possível incorporação nacional.

A expansão da cobertura da RAPS e o foco no cuidado de base comunitária/territorial

A ampliação do acesso ao cuidado psicossocial de base comunitária/territorial sob a perspectiva de garantia de direitos segue como um dos principais desafios da atualidade, não obstante a crescente expansão das RAPS e de serviços territoriais no contexto da reforma psiquiátrica em curso no SUS.

Na atualidade, o *quadro 1* mostra um panorama da expansão de diferentes pontos de atenção das RAPS:

Quadro 1. Número de pontos de atenção da RAPS no Brasil em 2011 e 2014

Pontos de atenção da RAPS	jan/2011	set/2014
CAPS I	761	1035
CAPS II	418	475
CAPS III	55	82
CAPSAD	258	308
CAPSAD III	-	59
CAPSIJ	128	196
Leitos de saúde mental em hospital geral	-	800
Comunidade terapêutica	-	-
CAT*/Unidade de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil	-	60
Projetos de trabalho, geração de trabalho e renda, empreendimentos econômicos solidários e sociais	640	660**
Centros de Convivência	51	51

Fonte: Ministério da Saúde, 2014

* Casa de Acolhimento Transitório (CAT): Edital 03/2010/GSIPR/SENAD/MS. Unidade de Acolhimento: Portaria nº 121 de 25/01/2012

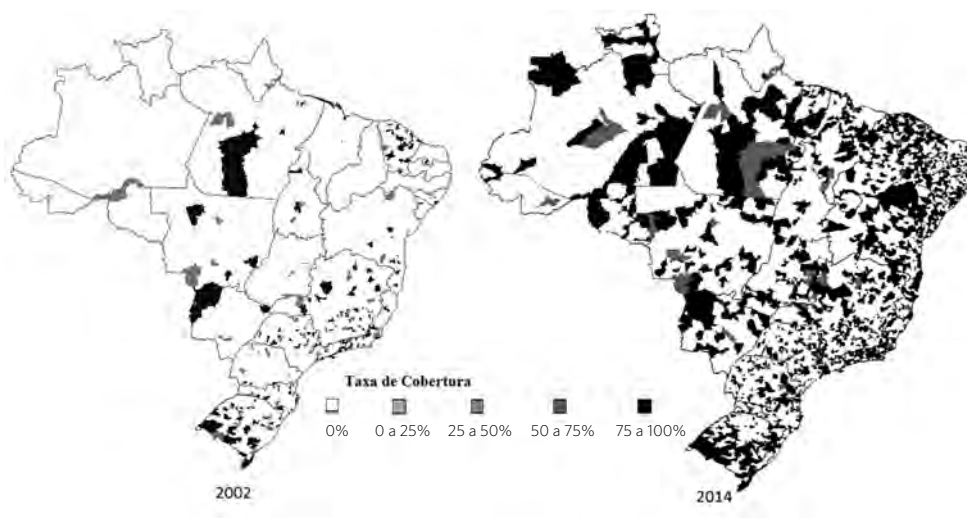
** Em atualização

O lugar estratégico dos CAPS nos territórios

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ocupam um lugar estratégico na RAPS, sob a perspectiva da superação do modelo asilar: primeira ‘invenção’ do processo da reforma,

produzida ainda no final dos anos 1980, os CAPS se expandiram de forma contínua no território nacional, especialmente após o ano de 2002 com a publicação da Portaria 336/2002 (BRASIL, 2002B), conforme demonstra a *figura 1*.

Figura 1. Mapa de distribuição dos CAPS, em suas diferentes modalidades, no País, em 2002 e em 2014



Fonte: Ministério da Saúde, 2014

O mapa revela que apesar da importante expansão, ainda há enormes vazios assistenciais a serem superados. Nesse sentido, reduziram-se os parâmetros populacionais de referência para a implantação de CAPS com vistas a aumentar a densidade de serviços nos territórios, em particular CAPS I, CAPS III, CAPSAD III e CAPSIJ. Atualmente, são considerados elegíveis: 15 mil habitantes para CAPS I; 70 mil para CAPS II, CAPSAD e CAPSIJ; e 150 mil para CAPS III e CAPSAD III (BRASIL, 2013A).

Os CAPS têm o desafio de se constituir como serviços substitutivos, abertos e

territoriais. A proposição de um serviço no/do território implica delimitação de área geográfica e de abrangência populacional que viabilize o agir territorial das equipes dos CAPS em diálogo com os recursos comunitários, em rede intra e intersectorial, promovendo uma efetiva permeabilidade entre o ‘espaço do serviço’ e o território, o que requer mudança de objetivos e da intencionalidade do trabalho terapêutico. Precisamos caminhar para além do controle de sintomas e seguir na busca de formas instrumentalização para atuar na produção da vida cotidiana e formas de efetivo exercício

de poder de usuários e familiares no jogo das trocas sociais.

A Portaria nº 854, de agosto de 2012 (BRASIL, 2012) enfatizou e ampliou as estratégias a serem desenvolvidas pelos CAPS e, cabe destacar, a inclusão de diversas ações de acompanhamento de usuários e de familiares nos cenários de vida cotidiana e de práticas nos territórios de ativação e articulação em rede, como, por exemplo: promoção de contratualidade no território; ações de reabilitação psicossocial e de fortalecimento de protagonismo; matriciamento; e ações de redução de danos e de articulação de redes intra e intersetoriais.

No que se refere à atenção em crise em saúde mental, é importante enfatizar o CAPS como local estratégico para o atendimento a pessoas em crise, e não à crise em abstrato. Isto significa apontar para a desconstrução da perspectiva de crise como fenômeno autônomo ou pura expressão da doença, abstraída de contextos relacionais. É necessário favorecer o acolhimento dos sujeitos envolvidos para distensionar conflitos e contextualizar o sofrimento, considerando a história, o vínculo, etc. O pensamento manicomial, ao tentar lidar com 'a crise' abstrata, se limita a métodos de controle e anulação dos sujeitos. Os CAPS são dispositivos que buscam o fortalecimento dos sujeitos frente as suas adversidades, (re)construindo os diversos contextos.

Urgência e emergência na RAPS

As situações de urgência permanecem como desafio para a transformação das práticas. Estamos desenvolvendo, junto com a Rede de Urgência e Emergência, orientações para a atuação dos profissionais de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) nas urgências de saúde mental. A garantia do acesso ao cuidado nas situações emergentes,

na perspectiva da integralidade, é estratégica na consolidação da RAPS. Ainda nos deparamos com situações em que o preconceito ou estereótipo levam à negligência no cuidado das pessoas, particularmente nos aspectos clínico-somáticos. A sensação de despreparo dos profissionais produz um círculo vicioso que reforça a negligência. Como alternativa a essa situação, valoriza-se a cooperação entre profissionais e pontos de atenção, com vistas ao compartilhamento das responsabilidades e possibilidades de apoio para efetivação da atenção em situações de crise e de urgências decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Além disso, é essencial que o manejo da situação mais aguda possa facilitar a continuidade do cuidado no longo prazo. Neste sentido, o recurso aos leitos em hospitais gerais (HG) deve ser acionado para um momento de crise, de ruptura, mas necessita estar em um fluxo contínuo com as ações dos CAPS, de modo que a permanência em HG seja a mais breve possível. Outro aspecto a ser desenvolvido está na atuação dos CAPS em situações agudas de crise. Ainda a lógica do controle é pregnante nos processos de trabalho, o que leva, muitas vezes, os CAPS a contarem com a existência de outros locais para onde encaminhar os pacientes que são difíceis de 'controlar'. Entendemos que é necessária uma mudança de atitude, de objeto e de objetivo do trabalho cotidiano dos CAPS. Junto com Franco Rotelli (1990, p. 94),

estamos sempre mais convencidos de que o trabalho terapêutico seja este trabalho de desinstitucionalização voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais [...]. Que tratar significa ocupar-se aqui e agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que, ao mesmo tempo, transforme sua vida concreta cotidiana.

Deslocar o foco da nossa atenção do objeto 'doença', para construir uma perspectiva em que esta seja apenas uma das dimensões

relativas do sujeito que sofre e que procura os serviços.

Atenção Básica e saúde mental: alternativas à patologização da vida e ao sofrimento das pessoas

O território é um lugar privilegiado para a superação da lógica manicomial, pois é nele que acontece a vida cotidiana das pessoas e é ali que se torna viável a construção de projetos terapêuticos singulares que sejam, de fato, projetos de vida, que contribuam para que as pessoas e os coletivos possam tocar suas vidas da melhor forma possível.

Os vínculos estabelecidos no território com os profissionais de saúde, e mais especificamente com o profissional da Atenção Básica, se constituem como recursos a serem intensamente explorados no cuidado em saúde mental. Os profissionais da Atenção Básica assumem papel privilegiado nesse contexto. Reconhecer as potencialidades e possibilidades desses profissionais em suas ações cotidianas é reconhecer que a atuação em saúde mental não está restrita aos consultórios e às práticas profissionais em espaços especializados. Mas ocorrem, sobretudo, nas ruas, praças e outras áreas públicas e coletivas onde os vínculos acontecem. É o território, também, a antítese da lógica biomédica que inviabiliza a possibilidade de um cuidado integral, por fragmentar os sujeitos a partir das especialidades médicas.

A construção de práticas integrais exige a reorganização dos sistemas de saúde, colocando a atenção primária como ordenadora do cuidado em saúde e transformando a finalidade do cuidado em saúde, não em somente remissão de sintomas, mas em construção de respostas às necessidades em saúde das pessoas e dos coletivos. Ao incorporar a atenção psicossocial como premissa do cuidado

em saúde, ampliam-se as possibilidades de atuação em saúde, intrinsecamente ligadas à subjetividade das relações no território. Nessa perspectiva, reforça-se que: a atuação profissional em saúde não se dá pela mera reprodução de respostas pré-constituídas e normatizadas, não se encerra no indivíduo, em sua doença e na resposta objetiva de um único profissional de curá-lo. É condição, para a atenção em saúde mental, a disponibilidade do profissional para atuar em um processo dialético, envolvendo e atuando nas tensões entre sujeitos e desses com seus grupos, instituições e comunidade e, a partir disso, construir, juntamente com o usuário e familiares, o cuidado. Por essa lógica, entende-se que o campo da saúde mental envolve ações que não são exclusivamente aplicadas aos casos em que é diagnosticado algum transtorno mental. Podem ser consideradas como práticas cuja amplitude está mais relacionada à produção de saúde mental em qualquer circunstância e, desse modo, não reduzidas somente a medidas curativas para certos tipos de transtorno diagnosticados. Nesse contexto, a Atenção Básica e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) assumem papel determinante para articulação e desenvolvimento de práticas dessa ordem.

É necessária a desconstrução das ações focadas apenas no diagnóstico do transtorno mental, que estigmatizam e patologizam os indivíduos, adotando a leitura do sujeito e da sua singularidade, levando em consideração todo o seu território existencial, sede de sofrimentos, afetos e sentidos repletos de potências significativas.

Desde a publicação da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que reafirma o papel primordial da Atenção Básica para a saúde da população, também no âmbito da saúde mental diversas ações de parcerias entre a Coordenação Nacional de Saúde Mental e o Departamento de Atenção Básica (DAB) vêm sendo implementadas com o propósito de fortalecer uma lógica de cuidado

pautada nas relações e nos vínculos que cada pessoa estabelece com seus pares, familiares, comunidade e instituições com as quais, de um modo ou de outro, todos convivem. Entre as mais expressivas, podemos citar o ‘Caderno da Atenção Básica 34 – Saúde Mental’, (BRASIL, 2013C), publicação referencial para difusão das diretrizes e estratégias de cuidado em saúde mental na Atenção Básica. Este material, construído a muitas mãos, faz uma discussão acerca da possibilidade de alcance, pelos profissionais não especialistas em saúde mental, ao usuário de saúde mental, via compreensão do processo de sofrimento das pessoas, que está atrelado aos diversos relacionamentos interpessoais e papéis/relações que exercem ao longo de suas vidas. Parte-se da ideia de que uma pessoa é composta por múltiplas dimensões ou domínios fenomênicos, que se conjugam e se organizam continuamente de modo a fazer surgir um sujeito que se sente como unidade coerente. E daí segue que o sofrer surge nas situações em que o sujeito sente que estes vários domínios fenomênicos podem vir a se desintegrar como unidade coerente (CASSEL, 1991). O cuidado singular baseado em um projeto terapêutico visa a implementação de ações estratégicas que viabilizem a recomposição daqueles domínios de modo que minimizem o desconforto e que possibilitem arranjos de melhor qualidade de vida.

Atualmente, a orientação da Coordenação Nacional de Saúde Mental quanto à atuação no território envolve a discussão dos nove domínios da vida das pessoas, propostos pela lógica da Felicidade Interna Bruta (FIB). A FIB configura-se como um índice que mediria a qualidade de vida das pessoas a partir dos seguintes domínios: bem estar psicológico; padrão de vida; boa governança; saúde; educação; vitalidade comunitária; vitalidade comunitária e resiliência; uso do tempo; diversidade ecológica e resiliência. O cuidado, nesse sentido, compreende cada um dos domínios, na visada da promoção e do cuidado em saúde mental das pessoas e

da comunidade, possibilitando a adoção de múltiplas práticas em diversos domínios na comunidade, para lidar de maneira mais efetiva nos fatores geradores de sofrimento e naqueles que ampliam as possibilidades de vida aos sujeitos e à comunidade.

O curso de capacitação Caminhos do Cuidado (2013), que foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em uma iniciativa conjunta entre a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD)/ Departamento de Atenção Especializada e Temática (Daet)/Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), o DAB/SAS e o Departamento de Gestão da Educação na Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com a parceria do Ict/ Fiocruz e Grupo Hospitalar Conceição – GHC, visa melhorar a atenção à população por meio da qualificação dos profissionais da Atenção Básica no cuidado em saúde mental com enfoque na questão das drogas. A finalização está prevista para 2015, quando terão sido ofertadas 290.760 vagas, para a totalidade dos agentes comunitários de saúde, além de auxiliares e técnicos de enfermagem do Programa Saúde da Família. O ‘Caminhos’ representa um importante meio de difusão e implementação da proposta de cuidado sob a lógica da redução de danos, preconizada pelo Ministério da Saúde na atenção territorial às pessoas que têm problemas relacionados ao uso de drogas.

A mudança de gestão do serviço Consultório de Rua da Saúde Mental para o Departamento de Atenção Básica, momento em que passa a se chamar Consultório na Rua, significa mais do que uma simples passagem de responsabilidade. O vínculo possibilitado entre profissionais e usuários, a partir da abordagem da equipe do consultório, cria condições de oferta de cuidado integral ao usuário, favorecendo, sobretudo, o acesso deste aos demais serviços do SUS, a depender de sua demanda em saúde. A compreensão de que a população em situação de rua possui necessidades de saúde que vão

além do cuidado relacionado diretamente ao uso de álcool e outras drogas contribuiu para que se tomasse a decisão sobre a referida alteração.

Bem viver dos povos tradicionais

A política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas tem tido interface específica, sobretudo, com os povos indígenas, baseada nas diretrizes da Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas (BRASIL, 2007). O uso abusivo de álcool e outras drogas, os índices epidêmicos de suicídios e contextos de violência cotidiana têm sido os principais problemas associados à saúde mental entre esses povos no Brasil, sobretudo em cenários de grande vulnerabilidade, envolvendo disputas territoriais, ameaças, situações de miséria e tensões constantes.

Um dos principais desafios que se impõe ao desenvolvimento de políticas sociais para os povos tradicionais é a própria diversidade de culturas, línguas e formas de organização social presente no Brasil, com profundas diferenças entre elas. Só os povos indígenas são mais de 240, segundo dados do Instituto Socioambiental (2014). Isso, sem falar nas mais de 1.500 comunidades quilombolas já certificadas pela Fundação Palmares (2014) e em tantos outros grupos culturalmente diferenciados. É preciso, portanto, que as políticas para esses povos considerem suas formas próprias de organização, e não imponham estratégias e soluções gerais e desconectadas dos contextos locais.

Cada vez mais, o campo da reforma psiquiátrica e a política nacional de saúde mental têm sido desafiados por demandas de cuidado e atenção provenientes de contextos culturais muito distintos daqueles em que as práticas e tecnologias de atenção psicossocial que mais comumente empregamos foram desenvolvidas. As necessidades de atenção psicossocial aos povos tradicionais

no Brasil exigem uma paradoxal radicalização dos próprios princípios da reforma psiquiátrica: se o sentido da reforma passa, como dizia Rotelli *et al.* (1990), por uma transformação de relações de poder, de novas articulações entre atores e da desconstrução dos saberes, práticas e culturas do modelo asilar, agora são os saberes, práticas e culturas próprios da reforma que são desafiados diante de diferenças outras. Se os fundamentos teóricos que orientam a reforma psiquiátrica estão profundamente ligados a uma virada epistemológica que evidencia, a partir do trabalho de autores como Michel Foucault (1997), o caráter eminentemente histórico da psiquiatria e dos saberes modernos sobre a loucura, os povos tradicionais nos convidam a uma viagem ainda mais radical por outras epistemologias, outras cosmologias e outras noções de sujeito. Nossa fixação com a dualidade mente/corpo não encontra eco entre esses povos, pondo à prova a noção mesma de saúde mental e as perspectivas biomédicas e individualizantes da clínica psiquiátrica.

Diante desse cenário complexo, as ações para os povos tradicionais têm sido pensadas como estratégias de promoção e potencialização dos projetos de 'bem viver' das diferentes comunidades. A ideia de bem viver, que recentemente tem sido assimilada, inclusive, pelas constituições republicanas de países sul-americanos como Bolívia e Equador, remete às utopias ameríndias e suas formas de vida comunitária baseadas em um convívio equilibrado com a natureza e entre todos os seres, com equilíbrio material e espiritual, sendo uma tentativa de traduzir conceitos distintos, porém semelhantes, de diversos povos indígenas da América do Sul. A dimensão do bem viver é, portanto, essencialmente coletiva e indissociável das demandas por terra e por acesso aos recursos naturais essenciais.

As estratégias para o enfrentamento dos agravos e a promoção do bem viver entre os povos indígenas têm passado pela complexa articulação entre as comunidades,

os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), a RAPS e outras parcerias intersectoriais. É fundamental que essas redes se tornem ainda mais integradas e, sobretudo, que sejam capazes de promover a saúde mental, garantindo o apoio e o respeito à capacidade das comunidades indígenas de construção das próprias soluções. Foram contratadas referências técnicas em saúde mental em todos os DSEI, qualificando a promoção da saúde mental na Atenção Básica e atuando com profissionais das equipes dos CAPS no apoio matricial junto às Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). Essa articulação entre os equipamentos específicos da saúde indígena e os pontos de atenção da RAPS tem como uma de suas dimensões mais importantes a mútua qualificação das equipes, tanto no sentido de agregar conhecimentos da saúde mental às práticas das EMSI como no sentido de aproximar a equipe do CAPS das populações indígenas e de suas especificidades.

Desinstitucionalização: garantir direitos e coproduzir projetos para prescindir dos manicômios

A desinstitucionalização, um dos desafios centrais da política nacional de saúde mental, assumiu uma nova institucionalidade ao ser inserida como componente da RAPS, e neste último quadriênio, a questão da superação do modelo manicomial entrou na agenda de outras instituições. Um parceiro importantíssimo é a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH). Através de seus mecanismos de monitoramento, a SDH tem sido a receptora de inúmeras denúncias de maus tratos e violações de direitos de pacientes com transtorno mental ou usuários de drogas internados em hospitais psiquiátricos ou em clínicas privadas e comunidades terapêuticas. A partir

dessas informações, tornou-se colaboradora do Ministério da Saúde nos processos de desinstitucionalização em vários hospitais psiquiátricos. Exemplar foi a atuação conjunta no caso da cidade de Sorocaba (SP), em que, desde as primeiras denúncias feitas pelo Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba (Flamas) até o processo de requisição e gerenciamento das instalações do Hospital Vera Cruz, a SDH protagonizou um tensionamento que transcendeu os limites da disputa tradicional, dentro do campo técnico da saúde mental. Ao apontar a questão das violações de direitos humanos, a questão adquiriu contornos mais amplos, que alcançaram até a esfera criminal. Nesse mesmo período, no cenário internacional, o Relator Especial contra Tortura, Sr. Juan Mendez, relatou que

cuidados médicos que causam grande sofrimento sem nenhuma razão justificável podem ser considerados um tratamento cruel, desumano ou degradante, e se há envolvimento do estado e intenção específica, é tortura (ONU BR, 2013).

Outro ator de suma importância hoje, no cenário da desinstitucionalização, é a presença dos Ministérios Públicos Estaduais e do Ministério Público Federal, partindo da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) e do Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), que congrega tanto representantes da esfera federal quanto das estaduais. Atualmente, existe um amplo coletivo de promotores e procuradores do Ministério Público que agem diretamente no processo de mudança do modelo e da efetivação da Lei nº 10.216/01. Esta atuação tem sido um dos motores dos processos de desinstitucionalização e também da implantação das RAPS. Tal articulação entre Ministério da Saúde, SDH e MP tem atuado de modo coordenado e pró-ativo na intensificação da desospitalização dos moradores dos hospitais psiquiátricos.

Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) passam a adquirir um valor estratégico na desconstrução da necessidade dos manicômios. Para buscar maior celeridade, o MS passou a financiar diretamente esse ponto de atenção, dando maior sustentabilidade aos processos de restituição do direito de viver nas cidades, independentemente da necessidade das negociações de transferência de AIH entre estados e municípios.

Os processos de desinstitucionalização colocam em cena a necessidade de transformar o lugar da pessoa internada, de ser um homem sem direitos e ‘sem poder contratual’ (BASAGLIA, 1985), sendo uma das fontes de poder contratual, sem dúvida, o recurso econômico. Nesta linha, o Programa de Volta para Casa (PVC) atualmente inclui 4.339 pessoas, que recebem R\$ 412,00 ao mês. Sem dúvida, é uma das grandes ferramentas da desinstitucionalização e da reforma psiquiátrica, que deve incorporar boa parte dos atuais moradores de hospitais psiquiátricos.

Estratégias de reabilitação psicossocial e protagonismo de usuários e familiares: reconhecer saberes e fortalecer o poder de contratualidade social

A inclusão da reabilitação psicossocial como componente da RAPS e entre os novos procedimentos dos CAPS, em especial, os de ‘promoção de contratualidade no território’, ‘ações de reabilitação psicossocial’, ‘fortalecimento de protagonismo’ e ‘ações de articulação de redes intra e intersetoriais’ (BRASIL, 2012; 2013A) explicita a exigência de criação e desenvolvimento de um conjunto de iniciativas para garantir e sustentar o acesso e o exercício dos direitos ao trabalho, à habitação, à educação e à cultura, produzindo novas possibilidades de projetos para a vida e de cidadania, a partir do fortalecimento do

protagonismo e da contratualidade social de usuários e familiares.

As ações de reabilitação psicossocial são estratégias que não se restringem a um ponto de atenção, mas dizem respeito à apropriação, pelos usuários, dos seus processos de trabalho, que envolvem a criação de novos campos de negociação e formas de sociabilidade baseadas na solidariedade. Neste sentido, no que diz respeito à questão da inserção no trabalho é necessário entender o campo complexo de relações do mundo do trabalho, os significados subjetivo, econômico e social do lugar de trabalhador e do valor atribuído ao trabalho (SARACENO, 1999).

A partir de 2004, foi estabelecida a articulação entre as políticas nacionais de saúde mental do Ministério da Saúde e a política de economia solidária do Ministério do Trabalho e Emprego. Essa articulação visa ao desenvolvimento de estratégias que fomentem o acesso aos meios para o trabalho cooperado e solidário e a conquista de um novo lugar social para os usuários da saúde mental (BRASIL, 2005B).

Na atualidade, o Cadastro de Iniciativas de Inclusão Social pelo Trabalho (Cist), realizado pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, indica a existência de 660 experiências no território nacional. As iniciativas diferenciam-se quanto às perspectivas adotadas, o tempo de percurso, a forma de organização dos usuários, os processos de trabalho e de gestão, a articulação com a economia solidária e as parcerias comunitárias/territoriais. As experiências, em grande parte, estão situadas nos contextos das RAPS e de formas associativas: CAPS, Centros de Convivência e Cultura, Núcleos de Geração de Trabalho/Economia Solidária, Associações de Usuários e Familiares da Saúde Mental. Os participantes, em sua maioria, são pessoas com a experiência do sofrimento psíquico, sendo, ainda, restrita a participação de pessoas que apresentam necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. As diversas experiências demonstram a potencialidade de promoção de novos modos de trabalhar, de relacionar

e de conviver; de induzir coletivos cooperativos com novas redes de pertencimento, de estimular a democracia nas relações e formas de gestão. Estas experiências possibilitam a superação dos processos de trabalho protegido – que supõe a invalidação e a incapacitação das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico –, correndo o risco de aprender, descobrir e enfrentar distintas dimensões do mundo do trabalho. No entanto, enfrentam grandes dificuldades para a estruturação e a formalização do trabalho cooperado. Encontram barreiras no marco legal para a constituição de grupos mistos de cooperativas sociais, no âmbito da economia solidária, no acesso ao crédito para efetiva sustentabilidade econômica. A busca de novos caminhos para responder a esse conjunto de exigências e desafios vem sendo ampla e intensamente discutida, tendo em vista que a Lei nº 9.867, de 1999 (BRASIL, 1999), embora fundamental em seus princípios, apresenta limites.

Recentemente, em dezembro de 2013, foi instituído o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social (PRONACOOOP SOCIAL), pelo Decreto nº 8.163/13 (BRASIL, 2013D). O PRONACOOOP SOCIAL reconsidera as

cooperativas sociais, aquelas cujo objetivo é promover a inserção social, laboral e econômica de pessoas em desvantagem, nos termos do Artigo 3º da Lei nº. 9.867/99

e tem a finalidade de

planejar, coordenar, executar e monitorar as ações voltadas ao desenvolvimento das cooperativas sociais e dos empreendimentos econômicos solidários sociais (BRASIL, 2013D).

Em 2013, foi realizada a I Reunião Regional de Usuários de Serviços de Saúde Mental e Familiares promovida pela Opas/OMS e MS. Participaram representantes de associações e organizações de usuários e familiares de saúde mental de: Argentina, Barbados, Belize, Bolívia, Brasil, Chile, Costa

Rica, El Salvador, Equador, Estados Unidos, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana e Suriname. Durante a reunião foi produzido o “Consenso de Brasília” com diversas propostas em relação aos direitos humanos, às políticas e serviços, à participação, à formação e capacitação, e ao trabalho, constituindo uma referência essencial para o fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares (I REUNIÃO REGIONAL DE USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E FAMILIARES, 2013).

A exigência ética de valorização da infância e juventude

No Brasil, a história do controle do Estado sobre crianças e jovens foi marcada pela construção de um modelo centrado na institucionalização, que levou à expansão de diversas instituições fechadas de caráter filantrópico e à privação da liberdade dessa população. Neste campo, temos como marco legal as seguintes legislações: Código Mello Mattos, de 1927; e Código de Menores, de 1979. O Código Mello Mattos tinha por finalidade o ‘saneamento social’. Ao ‘juiz de menores’ cabia intervir na vida da população infanto-juvenil. Nesse período (1927-1979), surgiu o termo ‘menino de rua’, através dos meios de comunicação de massa, que associavam a infância e a juventude à periculosidade. Em 1979, entrou em vigor o Código de Menores, que era caracterizado pelo entendimento de que havia situações de risco na realidade infanto-juvenil, e que isso precisa ser controlado com internações em massa.

Na década de 1980, a Constituição Federal (1988) representou uma mudança significativa, consagrando valores baseados no respeito à dignidade e aos direitos fundamentais da pessoa humana, entendendo crianças e adolescentes como sujeitos de direitos. Em seguida, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, calçado

na doutrina da proteção integral, abandonou a visão dos antigos códigos fundados no assistencialismo, deslocando as ações para a proteção integral de crianças e adolescentes, desencadeando no País, em diversas instâncias, debates cada vez mais aprofundados sobre a necessidade de se criar políticas públicas diferenciadas para crianças e adolescentes. Pautou também a garantia de “preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas”, além de “destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude”.

A nova doutrina da proteção integral vem superar a ideia do assistencialismo do estado, voltado para o controle e o asilamento de crianças e adolescentes e, entre outros parâmetros importantes, prevê que a privação de liberdade seja tomada sob critérios de excepcionalidade, com mínimo período de duração. Esses princípios fundamentais, no Brasil, estão presentes na Constituição Federal de 1988, que afirma a condição cidadã de crianças e adolescentes, com ampla garantia de direitos, e também na Lei nº 12.594/12 – Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), que estabelece parâmetros e diretrizes para a execução das medidas socioeducativas. O Sinase busca parâmetros mais justos, que evitem ou limitem a discricionariedade, e reafirma o caráter pedagógico da medida socioeducativa (BRASIL, 2012B). Além disso, ratifica o ECA ao priorizar as medidas em meio aberto – Prestação de Serviço à Comunidade (PSC) e Liberdade Assistida (LA) –, em detrimento daquelas restritivas de liberdade (Semiliberdade e Internação), pois considera que estas devem ser aplicadas em caráter de excepcionalidade e brevidade. É importante destacar que essas premissas buscam reverter uma tendência crescente de internação de adolescentes, que tem sido avaliada como ações de ‘eficácia invertida’, pois o maior rigor das medidas não tem levado à maior inclusão social dos egressos do sistema socioeducativo.

Em 2005, com a publicação ‘Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil’, do Ministério da Saúde, é apresentado um conjunto de contribuições de distintas áreas para uma abordagem pública desse tema. Destacamos alguns de seus princípios e diretrizes a seguir:

1. Criança e adolescente como sujeito de direitos: implica a noção de singularidade, impedindo que o cuidado se exerça de forma homogênea, massiva e indiferenciada. É incluir, no centro das discussões e construções de uma política, a criança ou o adolescente como sujeito, com suas peculiaridades e responsabilidades.
2. Acolhimento universal: as portas de todos os serviços públicos de saúde mental, especialmente serviços voltados para a infância e adolescência, devem estar abertas a toda e qualquer demanda dirigida ao serviço de saúde do território.
3. Construção permanente da rede: o serviço inclui, no corpo de suas competências, o trabalho com os demais equipamentos e dispositivos do território, permanentemente construindo a rede. Tal concepção de rede articula a ação do cuidado para fora e para além dos limites da instituição e implica a noção de território.
4. Território: espaço onde acontecem as relações, vivências e circulação do sujeito. É construído por instâncias pessoais e institucionais, incluindo a casa, a escola, a igreja, o clube, a lanchonete, o cinema, a praça, a casa dos colegas, a unidade de saúde e todas as outras, incluindo-se centralmente o próprio sujeito na construção do território. O território é o lugar psicossocial do sujeito.
5. Intersetorialidade na ação do cuidado: o conjunto das ações no campo da saúde mental infantojuvenil deve incluir intervenções

junto a todos os equipamentos que, de alguma forma, estejam envolvidos na vida das crianças e adolescentes que acompanham.

Além disso, com a constituição do Fórum Nacional sobre Saúde Mental Infantojuvenil, através da Portaria nº 1.608/04 (BRASIL, 2004A), estabeleceu-se um espaço intersetorial de caráter representativo e deliberativo, que objetiva o fortalecimento da Política de Saúde Mental Infantojuvenil. Dentre as ações que reafirmam e consolidam as diretrizes dessa política, podemos apontar:

- Diminuição do parâmetro populacional do CAPSIIJ através da republicação da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013 (BRASIL, 2013A);
- Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil, realizado em Brasília, em 2012, e Fóruns Regionais, em 2013, que ocorreram nas regiões Sul, em Curitiba (PR); Centro-Oeste, em Campo Grande (MS); e Norte, em Belém (PA);
- Encontro Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos, realizado pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional do Ministério Público, em maio de 2013.
- Produção da “Linha de Cuidado para a atenção às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na RAPS do SUS”, construída por grupo de trabalho composto pelo Ministério da Saúde, representantes de universidades, da sociedade civil, gestores e profissionais de RAPS, entre outros colaboradores (BRASIL, 2013E). A Política Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil apresenta desafios para a amplificação dos processos de valorização da infância e da juventude no contexto nacional marcado pela imensa desigualdade. Os dados do censo de 2010 indicavam que, em média, 17% das crianças e adolescentes

entre 10 e 19 anos estavam fora da escola. Considerando que o espaço escolar pode ser o local estratégico de proteção e promoção dos direitos dos futuros cidadãos, esta situação perpetua ciclos de marginalização, exclusão e pobreza para uma grande parcela dos jovens.

Educação Permanente

No âmbito da Educação Permanente, temos um grande desafio de promover a difusão e a apropriação dos novos saberes pelos profissionais do SUS que se encontram espalhados por todo o território nacional, de dimensões continentais, dentro de tempos urgentes. Somam-se a isto obstáculos logísticos, a questão da distribuição e fixação dos profissionais. Assim como a diversidade de experiências profissionais que se colocam para o campo, aliada a formações que trazem uma perspectiva curricular distante da prática profissional estabelecida pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, colocam um grande desafio para as propostas de Formação e Educação Permanente desenvolvidas para qualificar esses profissionais.

De acordo com Política de Educação Permanente em Saúde estabelecida pela Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004B), as ações de formação e Educação Permanente no âmbito do SUS são fundamentais para o desenvolvimento de estratégias e práticas consonantes com os desafios cotidianos da atenção em saúde, que se transformam a partir da reestruturação dos serviços em rede, da modificação da cultura e do fortalecimento de propostas de cuidado no território.

Uma direção possível para dar início a esses desafios foi aliar estratégias de apoio à graduação, através do PET-Saúde, e pós-graduação. Neste sentido, a partir dos grupos de trabalho do PET-Saúde na RAPS, alunos de graduação têm a oportunidade de discutir as estratégias de trabalho na rede de atenção

psicossocial em suas formações profissionais. No campo da pós-graduação, por meio do Pró-Residência, tem-se incentivado o desenvolvimento de programas de residência em psiquiatria e residência multiprofissional em saúde mental. A ampliação da oferta de residências é fundamental, considerando que a expansão da RAPS encontra limites na indisponibilidade de profissionais com qualificação em saúde mental.

No campo da formação em serviço foram produzidos três cursos de atualização à distância, a partir de parcerias estabelecidas com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, por meio da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Santa Catarina. Os cursos discutem conceitos importantes para o campo nos temas de Urgência e Crise em Saúde Mental; Saúde Mental Infantojuvenil; e Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e envolvem milhares de profissionais que podem se atualizar em informações técnico-políticas e, ao mesmo tempo, estabelecer relações de cooperação e colaboração entre serviços muito distantes.

Além disso, o curso Caminhos do Cuidado (2013F) também visa ofertar, em larga escala, capacitação em saúde mental para todos os agentes comunitários de saúde no Brasil, objetivando fortalecer as ações de saúde mental na Atenção Básica. Entende-se que essas estratégias que viabilizam as ações de capacitação em larga escala cumprem o papel de sensibilizar e também aproximar os territórios de temas fundamentais à implantação e à qualificação da RAPS nos territórios.

Contudo, pautada pela Política de Educação Permanente, a Coordenação Nacional de Saúde Mental também entende a necessidade de investimento em proposta de Educação Permanente que viabilize a apropriação de práticas pedagógicas que facilitem o aprendizado no universo do trabalho e, ao mesmo tempo, dê singularidade às necessidades de qualificação nos municípios. Neste sentido, verifica-se a necessidade

de projetos de Educação Permanente que invistam na descentralização das ações de capacitação.

Com o objetivo de sustentar ações dessa natureza, foi proposto o projeto Percursos Formativos na RAPS: intercâmbio de experiências e supervisão clínico-institucional. A proposta contempla apoio financeiro para estados e municípios que desenvolvam projetos de Educação Permanente no âmbito específico da troca de experiência entre profissionais (intercâmbio) e supervisão clínico-institucional. Participam dessa chamada redes de 21 estados, das cinco regiões do Brasil.

Esta é uma iniciativa nova no campo da Educação Permanente, que aposta na ideia de que os profissionais da RAPS podem aprender e desenvolver novas práticas apenas praticando. Nesse sentido, foi criado um programa de intercâmbio de trabalhadores entre as redes, de modo que profissionais de diferentes cidades cujas redes demandam por formação vão trabalhar em um município preceptor, pelo prazo de um mês. Nesse período, estes profissionais devem trabalhar na rede preceptora junto com os profissionais locais, debatendo e refletindo sobre as práticas e as orientações teóricas em questão.

Ao final do mês ocorre um rodízio, de modo que outras pessoas iniciam o programa e os primeiros retornam aos seus municípios de origem. Ao final de 10 meses cada rede em formação terá 20 pessoas que estagiaram e trabalharam em um ambiente diverso e em imersão. Nessa primeira versão, estarão em movimento 1.700 profissionais até julho de 2015. As primeiras turmas já dão indícios da potência desta estratégia. Além disso, o projeto contempla ações de supervisão clínico-institucional em todas as redes envolvidas.

Em síntese, é importante frisar que as ações de formação e Educação Permanente no âmbito do SUS são fundamentais para a qualificação da Rede de Atenção Psicossocial, através da conscientização e do engajamento dos profissionais. As ações aqui destacadas

vão ao encontro dessas questões e constituem-se enquanto possibilidades de fortalecimento dos trabalhadores, incentivando o diálogo com os outros atores do território e procurando potencializar o cuidado.

Cooperação internacional

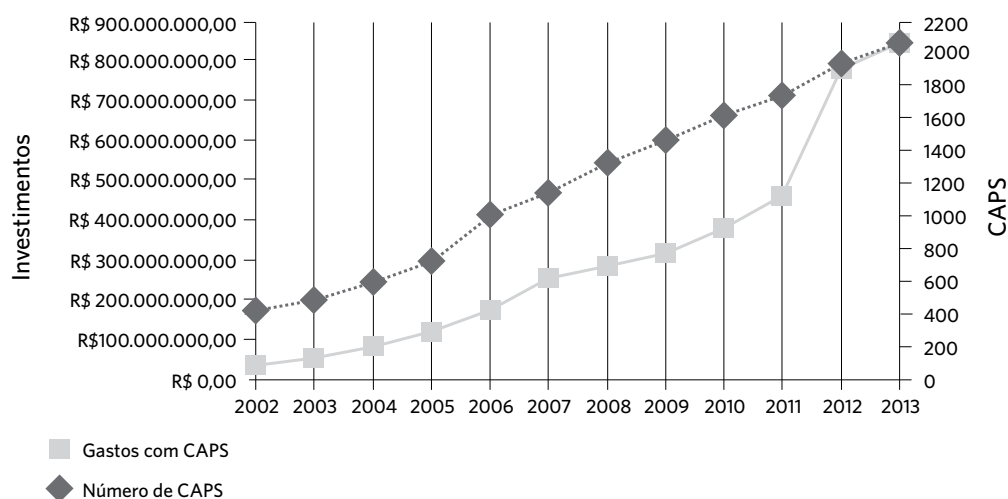
Na atualidade, o Brasil vem sendo reconhecido pela década de estabilidade e crescimento econômico, com distribuição de renda, em todos os fóruns internacionais. Além disso, muitas solicitações de cooperação técnica na área de saúde mental têm sido recebidas. No âmbito latino-americano, diversos países têm buscado projetos de cooperação técnica com a política nacional de saúde mental, álcool e outras drogas em curso no Brasil, objetivando o aprimoramento de suas políticas públicas de saúde mental. Mais especificamente, encontram-se em curso Termos de Cooperação com Equador, Paraguai, Honduras e Costa Rica. Além disso, há negociações em curso para colaboração no Haiti e em Angola. Este cenário de interesses de

cooperação de países estrangeiros em torno do processo de reforma psiquiátrica brasileira denota indiretamente os avanços conquistados na última década.

Sustentabilidade da RAPS: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas

Com o objetivo de gerar maior sustentabilidade das RAPS, o Ministério da Saúde promoveu uma modificação no organograma e incluiu a RAPS como parte da estrutura permanente, sob a denominação de Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (CGMAD), deixando de ser apenas um programa/projeto. No que se refere ao financiamento, houve uma disponibilidade para o aumento do financiamento para CAPS e, em especial, para CAPSAD III e CAPS III (BRASIL 2012C, 2013G), e um direcionamento para que se priorize a implantação de serviços 24 horas. CAPS III e CAPSAD III.

Gráfico 2. Evolução do investimento financeiro federal nos CAPS, no País, de 2002 a 2013



Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/MS, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)/SAS/MS, 2014

Financiamento para a construção de Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento

Um dos fatores limitantes para a expansão da RAPS nos municípios tem sido a enorme dificuldade para se encontrar imóveis adequados. Reconhecendo este obstáculo, dentro do Plano *Crack*, pela primeira vez desde o início da reforma psiquiátrica, o Ministério da Saúde alocou recursos de investimento para a construção de CAPS e UA (BRASIL, 2013G). Em uma primeira chamada, surgiram mais de dois mil pedidos de financiamento oriundos de todas as partes do País, principalmente de CAPS I. Embora, naquele momento, a prioridade tenha sido restrita aos serviços voltados para a questão das drogas, ficou evidente que há grande interesse pela implantação da RAPS nos pequenos municípios.

Considerações finais

O Encontro Nacional da RAPS, em 2013, foi promovido com o lema 'Reciprocidade na Diferença' como um marco para os próximos anos. A sustentação deste processo de mudança de modelo requer uma correspondente mudança de referenciais, que coloca desafios para a política de Educação Permanente do SUS. Há a necessidade de produzir novos conteúdos adequados às novas condições institucionais, a novas modalidades de inserção e participação dos usuários e familiares nestes contextos. O País viveu, na última década, uma profunda transformação em sua pirâmide social, com o deslocamento ascendente de uma imensa parte da sua base – um número entre 30 e 40 milhões de pessoas passou a novos contextos não apenas econômicos, mas também culturais e sociais, entrando em contato com novos 'habitus', novos habitats. Por outro lado, precisamos estar atentos aos outros

tantos milhões de pessoas que não conseguiram entrar no 'bonde' do crescimento econômico. Quais as incidências na produção de subjetividade que esta movimentação de placas tectônicas sociais produz? Quais os reflexos sobre a questão da desigualdade?

Outro marco importante para a Política Nacional de Saúde Mental foi gerada na IV Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2010), intersetorial, que apontou para a necessidade de se transcender o campo da saúde e produzir a aproximação com as instituições orientadas para a garantia de Direitos Humanos (DH) e a promoção de ações sinérgicas. A perspectiva dos DH reforça e amplia a agenda da reforma psiquiátrica. Com a incorporação da Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência¹ na Constituição Brasileira, temos à disposição um instrumento de luta para a garantia de direitos que tocam não apenas na disponibilidade material de determinados bens, mas que incidem nos modos em que se estabelecem as relações entre indivíduos e instituições. Nessa direção, a Coordenação Nacional de Saúde Mental estabeleceu uma cooperação com o Departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da OMS, que visa divulgar e implementar um programa denominado *Qualityrights*. Este programa é baseado na Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e o neologismo denota a ideia de que a qualidade dos serviços de saúde mental está ligada imediatamente às condições de respeitar, promover e proteger os direitos humanos e civis. Assim, para além das exigências técnicas, a questão da qualidade está fundada na qualidade das relações. Pretendemos fazer de modo que as associações de usuários e familiares se apropriem dessa ferramenta e possam participar diretamente dos processos de aferição de qualidade.

A Política de Saúde Mental, no processo de transição pautada pela reforma psiquiátrica ainda tem um longo caminho a percorrer. De partida, ainda restam em torno de 26 mil

¹ No Brasil adotou-se a tradução do termo *disability* por 'deficiência', o que gera uma série de desentendimentos e tem como consequência a restrição dos direitos das pessoas com transtorno mental ou uso de álcool ou drogas.

leitos em hospitais psiquiátricos no País que precisam passar pela desinstitucionalização. Por outro lado, ao adentrarmos o território das comunidades, defrontamo-nos com problemas crônicos da nossa sociedade. Não obstante as imensas conquistas da última década, a questão da desigualdade social ainda permanece grave, particularmente sob a perspectiva da produção de subjetividade sob intensa mutação social. O legado

histórico-cultural marcado por anos de escravidão incide tanto nas questões diretamente ligadas à discriminação racial quanto nas relações de gênero e nos preconceitos de classe social. A exclusão e a marginalização de grandes parcelas da população fomentam violência e opressão. Coloca-se o desafio de se produzir novas instituições, novas formas de agir, que pavimentem o caminho para uma sociedade sem manicômios. ■

Colaboradores

Patrícia Santana Santos do Amaral, Enrique Araujo Bessoni, Adélia Benetti de Paula Capistrano, Milena Leal Pacheco, Nádia Maria Silva Pacheco, Thiago Monteiro Python, Denis Wilson Recco, Hinara Helena Silva Souza Ruas, June Corrêa Borges Scafuto, Thaís Soboslai, Barbara Coelho Vaz, César Henrique dos

Reis, Leisenir de Oliveira, Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros, Keyla Antunes Kikushi Câmara, Marcel Henrique de Carvalho, Daniel Adolpho Daltin Assis, Karine Dutra, Gabriela Hayashida, Rúbia Cerqueira Persequini Lenza.

Referências

BASAGLIA, F. (Org.). *A instituição negada*. Tradução Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 326 p.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. *Pesquisa Nacional sobre o uso de Crack: quem são os usuários de crack e/ou similares no Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental-Intersetorial. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial*. Brasília, DF, 2010, 210 p.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de novembro 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] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 28 nov. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 16 set. 2014.

_____. Lei nº 12.594, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo

(Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 18 jan. 2012b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12594.htm>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 06 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 16 set. 2014.

_____. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos e transtornos mentais egresso de internações. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10708.htm>. Acesso em: 16 set. 2014.

_____. Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 10 nov. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9867.htm>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF, 2002b, 210 p.

_____. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. *Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF, 1992. 63 p.

_____. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. *Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, DF, 1988. 40 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia

do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 13 fev. 2004b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>>. Acesso em: 16 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 336, 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 19 fev. 2002b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>>. Acesso em: 16 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.608, de 03 de agosto de 2004. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 03 ago. 2004a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1608_03_08_2004.html>. Acesso em: 16 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.966, de 10 de setembro de 2013. Altera os incisos III e VI do art. 1º da Portaria nº 3.089/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 10 set. 2013g. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1966_10_09_2013.html>. Acesso em: 16 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 26 jan. 2012c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.759, de 25 de outubro de 2007. Estabelece diretrizes gerais para a Política de Atenção Integral à Saúde Mental das Populações Indígenas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 25 out.

2007. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2759_25_10_2007.html>. Acesso em: 16 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Republicada em 21 de maio de 2013a. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 21 maio 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 16 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 15 abr. 2013g. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF, nov. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Saúde mental e economia solidária: Inclusão Social pelo trabalho*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. 133p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: acesso ao*

tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília, 2007. p. 85.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: as novas fronteiras da reforma psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010*. Brasília, DF, 2011b. p. 106.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de estrutura física dos Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios*. Brasília, DF, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cadernos de Atenção Básica*. Saúde Mental n. 34. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS*. Versão preliminar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. [Sem descrição]. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 ago. 2012a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 16 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde. *Caminhos do Cuidado – formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013f. Disponível em: <<http://www.caminhosdocuidado.org>>. Acesso em: 10 out. 2014.

_____. Presidência da República. Decreto nº 8.163, de 20 de dezembro de 2013. Institui o Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e Cooperativismo Social - Pronacoop social, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, 20 dez. 2013d. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2013/Decreto/D8163.htm>. Acesso em: 10 out. 2014.

CASSEL, E. *The nature of suffering*. New York: Oxford University Press, 1991. p. 3-16.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME (UNODC). *Da coerção à coesão: tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição*. Documento para discussão com base em uma oficina técnica. Viena, 28-30 out. 2009. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/lpobrazil/noticias/2013/09/Da_coercao_a_coesao_portugues.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. 5 ed. São Paulo: Perspectiva, 1997.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. *Mapa*. Disponível em: <http://www.palmars.gov.br/?page_id=88>. Acesso em: 29 ago. 2014.

I REUNIÃO REGIONAL DE USUÁRIOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL E FAMILIARES, 2013. Brasília. *Consenso de Brasília*. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília. 2013.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. *Quadro Geral dos Povos*. Disponível em: <<http://pib.socioambiental.org/pt/c/quadro-geral>>. Acesso em: 29 ago. 2014.

KINOSHITA, R.T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-9.

NICÁCIO, M. F. *O processo de transformação da Saúde Mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. 1994. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

ONU-BR. *Internação compulsória e discriminação na saúde podem ser formas de tortura, diz especialista da ONU*. 2013. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/internacao-compulsoria-e-discriminacao-na-saude-podem-ser-formas-de-tortura-diz-especialista-da-onu/>>. Acesso em: 13 de out. 2014.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação à cidadania possível*. Tradução Lúcia H. Zanetta, M. do Carmo Zanetta, Willians Valentini. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde

Chronic diseases, care networks and Primary Health Care

Patrícia Sampaio Chueiri¹, Erno Harzheim², Heide Gauche³, Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos⁴

¹ Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Coordenadora Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas do Departamento de Atenção Especializada e Temática, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
patricia.sampaio@saude.gov.br

² Doutor em Medicina Preventiva e Saúde Pública pela Universidade de Alicante – Alicante (Valência), Espanha. Professor adjunto do Departamento de Medicina Social e Professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil.
ernoharz@terra.com.br

³ Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil. Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental da Coordenação Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, Departamento de Atenção Especializada e Temática, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
heide.gauche@saude.gov.br

⁴ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil. Diretora de Atenção Especializada e Temática da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
leda.vasconcelos@saude.gov.br

RESUMO O Sistema Único de Saúde (SUS) já alcançou muitos resultados, entretanto, o rápido envelhecimento da população, a transição do perfil epidemiológico e o conjunto de mudanças socioeconômicas ocorridas nos últimos anos propõem novos desafios para o SUS. Entre eles, destacam-se o cuidado das pessoas com doenças crônicas e os tensionamentos que estas provocam no sistema de saúde, tanto com relação à sua macro-organização (gestão compartilhada, regulação, regionalização) quanto à micro-organização, ou seja, aqueles relacionados ao processo de trabalho das equipes de atenção direta. Neste sentido, este artigo tem como objetivo refletir sobre: o processo de formação de redes regionalizadas de atenção à saúde; o papel dos estados; o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS); e o papel da APS no cuidado das pessoas com doenças crônicas. Para isso, descreve e problematiza as ações do Ministério da Saúde, nos últimos anos, que vão ao encontro do tema: o cuidado das pessoas com doenças crônicas.

PALAVRAS-CHAVE Redes de Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Doenças crônicas; Regionalização.

ABSTRACT *The Unified Health System (SUS), Brazil's National Health Care System, has achieved many results, however, the rapidly aging population, the transition of the epidemiological profile and the set of socioeconomic changes in recent years proposed new challenges for the SUS. Among them, it's possible to highlight the care of people with chronic diseases and the tensioning that this kind of patient creates in the health system. These tensions are related to macro-organization aspects (shared management, regulation, regionalization) and also to the micro-organization aspects, those related to the work of the teams responsible for the care. Thus, this article aims to reflect on: the process of formation of regionalized Health Care Networks; the role of the states; the strengthening of Primary Health Care (APS); and the role of APS in the care of people with chronic diseases. To do so, it describes and discusses the actions of the Ministry of Health, in recent years, to meet the theme: the care of people with chronic diseases.*

KEYWORDS *Health Care Networks; Primary Health Care; Chronic diseases; Regional health planning.*

Introdução

As transformações sociais ocorridas nas últimas três décadas – como o aumento de 14% dos domicílios cobertos pela rede de abastecimento de água, o aumento de 11% do PIB per capita, a queda de 20% da taxa de analfabetismo (na população de 15 e mais anos) –, somadas às mudanças estruturais do país (urbanização, ampliação do acesso à saúde, desenvolvimento industrial/tecnológico, entre outras), tiveram impacto importante no perfil demográfico e epidemiológico brasileiro (BRASIL, 2012).

Atualmente, o nosso perfil demográfico é caracterizado pelo aumento constante do número de idosos, que, em 2030, já terá ultrapassado o número de jovens. A expectativa de vida, que hoje é de 73 anos, passará para 81,9 anos (BRASIL, 2012A). Esse envelhecimento provoca um acréscimo importante na carga de doenças crônicas da população brasileira.

Além do envelhecimento da população, o desenvolvimento científico e tecnológico que ocorreu e ocorre na área da saúde também ampliou o número de pessoas convivendo com doenças crônicas, fator esse que, somado à queda do número de doenças transmissíveis agudas, também contribuiu para o aumento da carga de doenças crônicas no perfil epidemiológico brasileiro. Para exemplificar as principais doenças/condições crônicas, podemos citar: as doenças cardiovasculares, o câncer, o diabetes, os problemas de saúde mental, incapacidades estruturais (amputações, cegueira), assim como algumas doenças infecciosas crônicas (ex.: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, hepatites) (OMS, 2003; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ ET AL., 2012).

Desafios impostos pelo novo perfil epidemiológico e demográfico do Brasil

Hoje, as doenças crônicas não transmissíveis correspondem a 72% das causas de morte no

País, e atingem fortemente a população mais pobre e vulnerável. (BRASIL, 2011A). Além de importante causa de morte, elas impactam fortemente o orçamento da saúde, visto que ampliam muito os gastos, pois necessitam, muitas vezes, de tecnologias de alto custo e inovadoras (BODENHEIMER, 2008; DAVIES ET AL., 2006; HOFMARCHER; OXLEY; RUSTICELLI 2007; SCHOEN ET AL., 2011). Elas podem também impactar o orçamento individual/familiar, pois, em geral, acarretam queda da capacidade de trabalho e ampliam os gastos da família/indivíduo com questões relacionadas à saúde.

As doenças crônicas podem ser caracterizadas como problemas de saúde que estão relacionados a causas múltiplas, com início gradual, com prognóstico usualmente incerto e com longa ou indefinida duração; que apresentam um curso clínico que muda ao longo do tempo, com momentos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem, ainda, intervenções com uso de diferentes densidades tecnológicas, associadas a estratégias que apoiem a mudança do estilo de vida (BRASIL, 2012).

Assim, além do impacto orçamentário, elas também provocam desafios para a organização do SUS e para o processo de trabalho em saúde, pois trazem consigo a necessidade de mudar o modelo de cuidado (micro-organização) e de organização do sistema como um todo (macro-organização). Exigem uma nova forma de funcionamento do sistema de saúde e do processo de trabalho das equipes ao demandarem uma atenção contínua, integrada e coordenada.

Concomitante às mudanças sociais, demográficas e epidemiológicas, ocorreram avanços importantes na organização do SUS, entre eles, destacam-se a ampliação do acesso, principalmente por meio da atenção primária (saúde da família), a melhora em indicadores de saúde (queda da mortalidade infantil, da prevalência da população tabagista e da mortalidade por doenças crônicas), os progressos da descentralização da gestão e o fortalecimento da capacidade produtiva nacional de

insumos e medicamentos (LECOVITZ, 2001).

Esse novo quadro ainda exige avanços no sentido de: qualificação da gestão dos serviços, atualmente retratada pela oferta indiscriminada de ações e serviços de saúde; melhora do equilíbrio entre a atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e a Atenção Primária à Saúde; garantia de financiamento adequado ao SUS; diminuição das iniquidades geográficas; integração da rede assistencial, atualmente fragmentada; e, por fim, adequação da formação profissional segundo as necessidades do sistema (BRASIL, 2003).

Nesse contexto epidemiológico e de desenvolvimento do SUS, a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) tem se colocado como uma ferramenta importante para o enfrentamento de obstáculos, tanto com relação ao cuidado das pessoas com doenças crônicas como no tocante aos sistemas de saúde nacionais (MENDES, 2008; OPAS, 2010).

O Brasil, desde a concepção do SUS, vem caminhando para a conformação de Redes de Atenção à Saúde. Em um primeiro momento, pautado pelas diretrizes constitucionais de descentralização e regionalização; depois, no início da década de 90, pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas), passando pelo Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006); e, mais atualmente, pela Portaria do Ministério da Saúde nº 4.279 (BRASIL, 2010), que estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e pelo Decreto Presidencial nº 7.508 (BRASIL, 2011), que conceitua região de saúde, define componentes das RAS e ainda cria a Comissão Intergestores Regional (CIR) (BRASIL, 2002, 1996, 2006, 2010, 2011A).

A fim de operacionalizar os normativos citados acima, principalmente os dois últimos, o Ministério da Saúde (MS) vem, desde o início de 2011, incentivando a conformação das redes por meio de portarias que definem e financiam redes temáticas.

Redes temáticas não são sinônimo de Redes de Atenção à Saúde (RAS), pois se caracterizam pela organização da atenção através de

redes para subpopulações (gestantes, crianças, idosos) e/ou temas específicos (doenças crônicas, urgência/emergência, saúde mental), e, portanto, não têm seu foco em todo o sistema, como as RAS. Porém, ambas têm importantes pontos em comum, como: a definição das responsabilidades dos pontos de atenção, o destaque para a necessidade do compartilhamento de informações, o vínculo entre os serviços e, principalmente, a ênfase no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS).

Tanto nas redes temáticas como nas redes de atenção, a APS deve ser o ponto estruturante e coordenador do cuidado individual ao exercer o papel de ordenadora e de porta de entrada prioritária das RAS. (OPAS, 2010). Essas funções trazem a APS como nível de atenção, mas também a coloca em uma posição de organização das redes regionalizadas (BRASIL, 2012B).

A opção do MS de iniciar a gestão pela normatização e pelo financiamento de redes temáticas foi positiva no sentido de que quando 'partes' do sistema passam a funcionar com a lógica de Redes de Atenção à Saúde, elas podem influenciar a organização do todo a partir da mesma lógica. Sendo assim, essa seria a estratégia operacional mais viável para a concretização das Redes de Atenção à Saúde no futuro.

Neste contexto, em 2013, a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (RASPCD) foi instituída pela portaria GM nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, e foi redefinida pela Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, com o objetivo de fomentar a mudança do modelo de atenção das pessoas com doenças crônicas por meio da qualificação do cuidado em todos os pontos de atenção.

A constituição da RASPCD é também uma das ações do eixo de cuidado integral do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022. Esse plano aborda as quatro principais doenças crônicas do país (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes e os cânceres), temas também prioritários para a RASPCD, e os seus principais fatores de risco (tabagismo, consumo

nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade), e trabalha com três eixos: (a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento, (b) promoção da saúde e (c) cuidado integral (BRASIL, 2011A).

Além da RASPCD, o MS também desenvolveu outras estratégias para o cuidado integral e a promoção da saúde, relacionadas às doenças crônicas. São elas: o Programa Academia da Saúde, que trabalha com o enfoque da promoção, da prevenção e da reabilitação; o Programa Saúde na Escola, que nos últimos anos teve como temas centrais a obesidade e a prática de atividade física; e efetuou uma revisão da portaria que regulamenta a atenção no Programa Nacional de Controle do Tabagismo (Portaria nº 571, de 05 de abril de 2013), possibilitando ampliação importante do acesso do usuário ao tratamento do tabagismo na Atenção Primária à Saúde – passando de 2000 equipes de Atenção Básica cadastradas para mais de 20 mil equipes, que se comprometeram através do PMAQ a realizar ações para a abordagem do tabagista. Essas equipes, além de ofertar o tratamento, passam a ter acesso às medicações que contribuem para a cessação do hábito.

Frente aos desafios impostos por esse novo perfil epidemiológico do Brasil, ao atual contexto organizacional do SUS e às estratégias lançadas pelo MS nos últimos anos, este artigo tem como objetivo refletir sobre dois grandes temas que são transversais a essas questões. São eles: a implementação da RASPCD e o papel da atenção primária no cuidado das pessoas com condições/doenças crônicas.

Desafios para a implantação da RASPCD – regionalização, fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e financiamento

Esta característica da doença crônica, de

ter longa duração e forte inter-relação com os hábitos de vida das pessoas, exige do sistema de saúde uma nova organização. Exige a adoção de um modelo de atenção que dê conta de um cuidado coordenado, continuado, organizado, proativo, integrado e que ainda tenha capacidade de apoiar a pessoa nas mudanças de vida que a doença ‘pede’ e que o indivíduo deseja (MENDES, 2012). Este cuidado deve ser principalmente realizado pela e na atenção primária (AP).

Além das necessárias mudanças na lógica do cuidado cotidiano das pessoas com doenças crônicas descritas acima, estas doenças demandam também organização regional da atenção à saúde. Pois para que a APS tenha a resolutividade imprescindível ao seu papel nesta rede de atenção à saúde - RASPCD, ela obrigatoriamente necessitará de apoio diagnóstico e terapêutico dos pontos de atenção especializados (ambulatoriais e hospitalares). Assim, o cuidado integral de pessoas com doenças crônicas coloca no centro do debate a questão da regionalização do SUS.

A necessidade de organizar a atenção à saúde na região, a fim de garantir a integralidade e a equidade do cuidado da pessoa com doença crônica, impulsiona o avanço da regionalização, ao mesmo tempo que a rede organizada seria o produto concreto desse processo político de regionalização amadurecido. Desse modo, o desenvolvimento da rede regionalizada de atenção à saúde para as pessoas com doenças crônicas e a regionalização do SUS são processos interdependentes.

Cabe ressaltar que, além da evolução das normas e diretrizes que o Brasil vem apresentando para a organização das RAS e para a regionalização, é preciso uma mudança cultural da gestão no País. Por ser, neste momento, a gestão locorregional caracterizada pela competitividade entre os municípios, é preciso caminhar para a gestão cooperativa entre municípios e entre estados e municípios, a fim de possibilitar a concretização das Redes de Atenção à Saúde (SANTOS, 2013).

Neste sentido, para de fato o SUS avançar

na concretização da regionalização, há necessidade de se rediscutir o papel dos estados. Nessas quase três décadas de desenvolvimento do SUS, fica claro o necessário protagonismo dos municípios no sentido de possibilitar a ampliação do acesso. Entretanto, fica evidente também que, atualmente, é indispensável que os estados assumam, em parceria com os municípios e com o apoio da gestão federal, o protagonismo para o desenvolvimento das regiões e para a conformação das Redes de Atenção à Saúde, desenvolvendo diretrizes locais e mediando as relações municipais.

No papel de protagonistas, no tocante à regionalização, destacam-se duas ações dos estados, que seriam essenciais: (1) definição formal do que é região de saúde para aquele estado (descrevendo a integralidade mínima esperada em cada região do estado a partir do Decreto nº. 7508. Por exemplo, Tocantins, que definiu claramente o que se espera de ações e serviços em cada região de saúde do estado – Resolução CIB 161, de 29 de Agosto de 2012: descreveu o percentual mínimo de cobertura de APS, qual o mínimo de serviços especializados ambulatoriais e hospitalares, o mínimo de serviços de saúde mental etc.); (2) desenvolvimento e fortalecimento da regulação estadual, quando a atenção se dá fora dos municípios, a partir da definição de protocolos de regulação e da organização das filas de espera. Um bom exemplo é a regulação da atenção oncológica, considerando que a maioria dos municípios do País não terá capacidade de oferecer um cuidado integral a esse usuário em seu próprio território, e necessitará de serviços em outras localidades; nesse caso, o estado pode intervir na atenção tanto criando protocolos de regulação para priorização da oferta de apoio diagnóstico nos casos de suspeita de câncer quanto para a regionalização do tratamento de casos já confirmados.

A RAS das Pessoas com Doenças Crônicas será implantada por meio da organização e operacionalização de linhas de cuidado específicas, que, por sua vez, apresentam

diretrizes e princípios que podem auxiliar gestores e profissionais a repensar o atual modelo de atenção, suscitando mudanças tanto no cotidiano das equipes responsáveis pelo cuidado direto quanto das equipes responsáveis pela gestão do sistema de saúde. Dentre as diretrizes instituídas pela Portaria nº 483, destacam-se: a necessidade de regionalização das ações, principalmente aquelas relacionadas à atenção especializada, respeitando a linha de cuidado e as necessidades de saúde da população; a garantia de acesso regulado à atenção especializada, ambulatorial e hospitalar; e a implementação de sistemas de informação que permitam o acompanhamento e o compartilhamento do cuidado à pessoa com doença crônica.

Neste sentido, o MS já publicou duas linhas de cuidado: a que trata da atenção à pessoa com sobrepeso e obesidade [Portaria nº. 424, 19 de março de 2013 (BRASIL, 2013A)] e a que trata da atenção à pessoa com doença renal crônica [Portaria nº. 389, 13 de março de 2014 (BRASIL, 2014A)]. O Ministério também vem trabalhando para a organização das linhas de cuidado do câncer de colo de útero e de mama. Para a organização destas duas últimas, o MS lançou, em 2014, uma portaria [Portaria nº 189, de 31 de janeiro de 2014 (BRASIL, 2014B)] que define financiamento diferenciado para serviços ambulatoriais especializados para diagnóstico e tratamento de lesões precursoras do câncer de colo de útero (SRC) e para o diagnóstico de lesões da mama (SDM), e reviu a portaria que define as diretrizes para organização dos serviços hospitalares de cuidado da pessoa com câncer.

A portaria que define serviços ambulatoriais especializados na área da oncologia (SDM e SRC) propõe um novo modelo para a organização desses pontos de atenção, pois exige que tais serviços sejam regionalizados, tenham equipes de atenção primária adscritas, para as quais são referência, e realizem um rol mínimo de ações. A proposta de um modelo de financiamento da atenção especializada ainda não progrediu, já que seu custeio

permanece baseado na produção de ações e serviços, contudo, avança como proposta concreta de mudança do modelo de atenção para a atenção ambulatorial especializada.

O avanço na forma de financiamento não foi possível, entre outros motivos, em decorrência das dificuldades para o monitoramento, o controle e a avaliação através dos atuais sistemas de informação do País. Apesar disso, o futuro indica que será possível a proposição de outra forma de financiamento com o avanço dos sistemas de informação, a implantação do cartão SUS e a organização dos contratos organizativos de ações públicas da saúde.

Além destes dois pontos: mudança na lógica do cuidado cotidiano e revisão do papel do estado na regionalização e na regulação, as doenças crônicas tensionam o sistema para um fortalecimento da atenção primária como principal *locus* de cuidado da população. Exigindo um verdadeiro adensamento tecnológico da APS, a fim de que esta tenha a resolutividade esperada e necessária, e colocando-a em outro patamar, ampliando sua responsabilidade para além do cuidado materno infantil, do cuidado de doenças infectocontagiosas e da prevenção e promoção da saúde. A Atenção Primária à Saúde passa a ocupar uma posição central na organização das redes, tornando seu fortalecimento um elemento essencial para a concretização do cuidado resolutivo de pessoas com doenças crônicas.

A APS, dentro de um sistema organizado na lógica das redes, é responsável pela saúde integral de sua população, devendo cumprir os seus atributos essenciais (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação) e exercer plenamente suas funções na RAS (ser a base do sistema, ser resolutiva, ser coordenadora do cuidado individual e ordenadora da RAS) (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2012; HARZHEIM, 2011; MENDES, 2011).

Para ser a base do sistema, é necessário que a APS seja um ponto de atenção forte, estruturado e capilarizado por todo o território.

Para ter resolutividade, ela tem que atender com efetividade aos problemas mais comuns da sua população. Para ser a ordenadora da RAS, precisa conhecer sua população, saber de suas necessidades e organizar o acesso aos outros pontos de atenção. Por fim, para exercer a coordenação do cuidado individual, precisa trabalhar como centro de comunicação da RAS, compartilhando o cuidado com os outros serviços da rede (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2012; HARZHEIM, 2011; MENDES, 2011).

Para que o fortalecimento da APS aconteça, é preciso que, antes, alguns desafios sejam superados, tais como: ampliar a formação de profissionais especialistas em APS; melhorar a distribuição e a fixação de profissionais; 'estender a efetividade clínica das equipes', com Educação Permanente e adensamento tecnológico das Unidades Básicas de Saúde; possuir sistemas de informação que facilitem a coordenação do cuidado e aumentar substancialmente o financiamento para a APS (BRASIL, 2003).

Além dessas questões estruturantes, o País precisa definir qual é a carteira de serviços mínima esperada da APS brasileira (saúde da família). A construção da Renascer foi um primeiro passo, porém, ainda muito tímido. Há necessidade de ampliar a discussão e demarcar o que se espera dessa equipe multiprofissional em termos de responsabilidades e resolutividade. Em um primeiro momento, talvez haja necessidade de criar três ou mais tipos de carteiras de serviços, que poderiam ser escolhidas pelos gestores municipais de acordo com a realidade de cada município, para, no futuro, termos um padrão mínimo exigido da APS brasileira.

Essa definição de carteira de serviços deve ter correspondência com uma infraestrutura física e de densidade tecnológica à qual cada equipe deve ter acesso na sua própria Unidade Básica de Saúde. O financiamento da APS seria baseado, entre outros pilares, nessa carteira de serviços ou na capacidade resolutiva.

Sem a resolução de todas essas questões,

difícilmente a APS vai alcançar grande legitimidade perante a sociedade brasileira, e o passo anterior para isso é conquistar credibilidade suficiente com os gestores do SUS, para que estes propiciem as condições necessárias para a consolidação.

A questão do financiamento, colocada neste texto como o terceiro grande desafio para a implantação da RASPDC, diz respeito à garantia de financiamento adequado à opção da sociedade brasileira por um sistema de saúde público e universal, atualmente baseado na Atenção Primária à Saúde. Esse ponto inclui as discussões relacionadas ao orçamento público destinado ao SUS, à regulação dos serviços privados, ao gasto privado com saúde (e sua relação com a carga tributária brasileira) e à contradição da oferta de planos privados de saúde para servidores públicos (GIOVANELLA ET AL., 2012; LEVCOVITZ, 2001).

A respeito do financiamento, se ainda se considerar que, além do recurso finito, houve aumento dos custos, com a incorporação de novas tecnologias, relacionado, principalmente, ao predomínio das doenças crônicas no perfil epidemiológico, e que ainda há excessiva oferta de ações e serviços de saúde de forma indiscriminada (baseada na oferta e não nas necessidades de saúde), fica evidente a obrigação das gestões de ampliar a relação custo-efetividade dos serviços de saúde utilizando, de forma mais corriqueira, os conceitos de escala, escopo e acesso na organização das linhas de cuidado. Mais uma vez, a regionalização pode se colocar como parte da solução do problema, aliada à mudança da cultura organizacional, como citado anteriormente.

Contudo, as portarias que versam sobre as redes temáticas, pactuadas de forma tripartite, ainda não trazem grandes avanços nas questões referentes ao planejamento (necessidade de saúde local, regulação etc.) e ao financiamento regionais, avanços esses que possam de fato incentivar tanto a mudança de papel dos estados como a cooperação entre os entes federados.

Outro ponto que dificulta a regionalização

são as muitas desigualdades regionais existentes, relativas não só às questões da saúde (ao acesso e à integralidade das ações), mas também ao desenvolvimento global das regiões. (SILVA, 2013; GIOVANELLA ET AL., 2012). Isso agrega mais um fator complicador para as políticas públicas federais, que devem ser flexíveis o suficiente para que possam tratar diversificadamente de cada realidade/região do País, mas não tão flexíveis a ponto de impedir a definição de diretrizes comuns para termos um sistema de saúde verdadeiramente único em todo o Brasil.

Cuidado coordenado, continuado, organizado, integrado e proativo – papel da APS na rede de cuidado das pessoas com doenças crônicas

Coordenação do cuidado é um conceito complexo, que tem inter-relação com outros conceitos em saúde, mas podemos traduzir como uma organização deliberada de cuidado individual, centrada na pessoa, que possibilita, principalmente, integração e continuidade das várias ações de saúde prestadas nos diferentes serviços do sistema de saúde (MCDONALDS, 2010).

A coordenação tem dois componentes básicos: a transferência ou o acesso à informação (sistemas informatizados, prontuários compartilhados, eletrônicos ou não, sistemas de comunicação entre os pontos de atenção: discussão de casos, gestão da clínica, cuidado compartilhado) e o reconhecimento das informações necessárias para o presente atendimento (continuidade dos profissionais, lista de problemas, classificação de riscos, lista de medicamentos em uso, exames solicitados etc.) (STARFIELD, 2002).

Além de reconhecer quais informações são importantes para o cuidado, é preciso também conhecer e guiar o caminho que o

usuário deve percorrer na rede de atenção, para garantir um cuidado integral de qualidade. Portanto, coordenar o cuidado implica, também, garantir que o paciente receba em outros pontos de atenção o cuidado de que necessita, englobando na sua concretização a continuidade do cuidado e exercendo outros atributos, como o acesso, a integralidade e a responsabilidade pelo cuidado de uma comunidade (MENDES, 2011; STARFIELD, 2002).

Neste sentido, a organização, pela gestão estadual, em parceria com os municípios, de linhas de cuidado temáticas e de regras de acesso aos outros pontos de atenção (regulação) são de grande importância para apoiar as equipes de APS nessa tarefa.

A coordenação do cuidado individual como estratégia de cuidado é vista na literatura como uma habilidade essencial para que os profissionais de saúde da APS cuidem de pacientes com doenças crônicas (HOFMARCHER ET AL., 2007). Ela auxilia a equipe na prevenção quaternária, já que pode evitar novas solicitações de exames e interações medicamentosas, assim como diminuir erros e complicações. A coordenação é também importante economicamente, pois pode evitar gastos desnecessários, tanto para o sistema de saúde como para a própria pessoa.

Com relação à organização e à proatividade da equipe de APS no cuidado de pessoas com doenças crônicas, pode-se dizer que o modelo vigente, que utiliza propostas de cuidado formatadas *a priori*, não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar até a necessidade de cada indivíduo (MALTA; MERHY, 2010)

Isso fica evidente com o elevado absentismo nas chamadas consultas de rotina/controlado, evidenciando que quando uma equipe prioriza a sua 'própria' lógica (lógica da doença), em vez da necessidade do paciente (a prevenção/continuidade do cuidado frente ao sofrimento atual), e quando amplia o número de consultas de rotina em detrimento da oferta de atenção, quando solicitada de maneira espontânea pelo usuário, a tendência é de que aquela consulta de rotina não faça

sentido para a pessoa portadora de doença crônica, já que ela, naquele momento, geralmente, está assintomática.

O cuidado de pessoas com doenças crônicas, sim, precisa ser planejado, porém, há de se chegar a um equilíbrio difícil entre organizar o cuidado de acordo com as 'necessidades' das doenças crônicas (verificação do controle metabólico, realização de exames físicos, laboratoriais e propedêuticos periódicos, acompanhamento da adesão ao tratamento e da manutenção das mudanças de hábitos) e as necessidades da pessoa, ofertando acesso amplo e irrestrito sempre que solicitado.

Além de buscar o equilíbrio entre o acesso e a organização da atenção, as equipes de APS precisam estar familiarizadas com as tecnologias e os conhecimentos (advinhos, em geral, dos campos da psicologia e da antropologia) necessários para sua atuação junto aos usuários na orientação da mudança de hábitos e na adesão ao tratamento, itens fundamentais para o cuidado de pessoas portadoras de doenças crônicas. Precisam, ainda, estar aptas a apoiar mudanças, não apenas individuais, mas, também, familiares. Por exemplo, diante do surgimento de um novo contexto, quando um membro da família deixa de exercer alguma função devido a uma doença crônica.

Nesse sentido, as equipes multiprofissionais (no Brasil, representadas na APS pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família) precisam exercer suas habilidades entrando de fato no círculo do cuidado das pessoas com doenças crônicas com atenção direta ao usuário, já que aquelas detêm as habilidades e os conhecimentos necessários para atuar em questões como, por exemplo: adesão ao tratamento, reabilitação, adaptação individual e familiar a um novo contexto, entre outras situações.

Essas são algumas das mudanças de paradigma que a doença crônica demanda do processo de trabalho das equipes de APS, pois exigem alta resolutividade, com amplo espectro de atuação, e isso exige trabalho multiprofissional e uso de diferentes densidades tecnológicas.

Consideração final

Retomando o que foi exposto, pode-se dizer que o tema ‘pessoas com doenças crônicas’, pela sua grande importância epidemiológica, pelo seu impacto social e por exigir micro e macromudanças no SUS, pode ser uma grande força motriz para impulsionar a concretização destas duas estratégias de enfrentamento dos atuais desafios do SUS: ‘a organização das Redes de Atenção à Saúde e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde’.

A concretização dessas estratégias – através da revisão de conceitos, então consolidados, da ampliação do debate em torno do papel dos estados, do tema da regionalização, do financiamento, do fortalecimento da APS e da proposição de soluções inovadoras para a sociedade – pode gerar um círculo virtuoso para a consolidação do sistema de saúde brasileiro, propiciando que este se mantenha em um caminho ascendente, ampliando tanto o acesso da população aos cuidados em saúde como os impactos do SUS nos indicadores de saúde do País. ■

Referências

BODENHEIMER, T. Coordinating care: a perilous journey through the health care system. *The New England Journal of Medicine*, Boston, v.358, n.10, p. 1064-1071, mar. 2008.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8080, 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] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF; 28 jun. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. (B. Textos básicos de saúde).

_____. Ministério da Saúde. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB – SUS 96*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 189 de 31 de janeiro de 2014. Institui o Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer do Colo de Útero (SRC), o Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama (SDM) e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0189_31_01_2014.html>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 389 de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 424 de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento

do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 483 de 1 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/normas-mensais/legislacoes/gm/123164-483.html>>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 571 de 5 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0571_05_04_2013.html>. Acesso em: 10 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. (E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. *Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso – Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar*. 2.ed. revista e atualizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. (A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. (A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. *Plano Nacional de Saúde- PNS:2012-2015*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

DAVIES, G. P. et al. *Coordination of care within primary health care and with other sectors: a systematic review*. Research Centre for Primary Health Care and Equity, School of Public Health and Community Medicine. UNSW, 2006.40 p.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ et al. *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Ipea; Ministério da Saúde; Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz; CEBES, 2012.

HARZHEIM, E, (Coord.). *Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*.

- Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H; RUSTICELLI, E. *Improved health system performance through better care coordination*. OECD Health Working Paper, 30. Paris, France: Organization for Economic Cooperation and Development, 2007.
- LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.
- MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.
- MCDONALD, K. M. et al. *Care coordination atlas version 3*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2010.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- _____. As redes de atenção à saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 3-11, 2008.
- _____. *O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Cuidados Inovadores para condições crônicas componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília, DF: OMS; 2003
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las américas*. Washington, DC: OPAS; 2010. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas 4).
- SANTOS, L. *Sistema Único de Saúde: os desafios da gestão interfederativa*. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.
- SCHOEN, C et al. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Affairs*, Maryland, v. 30, n. 12, 2011.
- SILVA, S.F. (Org.). *Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS*. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.
- STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

Entendendo os desafios para a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Brasil: uma análise crítica

Understanding the challenges for implementation of the Urgency and Emergency Services Network in Brazil: a critical analysis

Alzira de Oliveira Jorge¹, Ana Augusta Pires Coutinho², Ana Paula Silva Cavalcante³, Andersom Messias Silva Fagundes⁴, Cláudia Carvalho Pequeno⁵, Maria do Carmo⁶, Paulo de Tarso Monteiro Abrahão⁷

¹ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.
alzira.o.jorge@gmail.com

² Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Coordenadora do Programa SOS Emergências do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgências da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
ana.coutinho@saude.gov.br

³ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Mestre em Gestão de Tecnologias em Saúde pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenadora da Coordenação Geral de Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgências da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
anapaula.cavalcante@saude.gov.br

RESUMO Este artigo descreve e analisa o processo de implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) nas regiões de saúde brasileiras, buscando identificar os fatores facilitadores e dificultadores da sua efetivação, de modo a contribuir com a avaliação desta política. A implantação das redes de atenção é uma iniciativa federal apoiada pelos gestores estaduais e municipais com vistas à maior integração entre os serviços de saúde no nível regional, objetivando a integralidade da atenção. Conclui-se que, em relação à RUE, avanços têm sido alcançados em vários dos seus componentes, mas há ainda importantes desafios a serem enfrentados para a garantia de uma atenção às urgências integral, ágil e oportuna.

PALAVRAS-CHAVE Emergências; Sistemas de saúde; Gestão em saúde; Gestão hospitalar; Gerenciamento clínico; Redes de saúde comunitária.

ABSTRACT This article describes and analyzes the implementation of Urgencies and Emergencies Attention Network (RUE) in Brazilian health regions, focusing on identifying the facilitating and complicating factors to its effectuation, in a contributing way to this policy evaluation. The implementation of attention networks is a federal initiative supported by state and municipal managers, aiming on a better integration between health services in a regional level, having attention integrality as goal. About the RUE, it is concluded that advances are being achieved in several of its components, but there are still important challenges to be tackled in order to guaranteeing integral agile and convenient attention to urgencies.

KEYWORDS Emergencies; Health systems; Health management; Hospital administration; Disease management; Community networks.

Introdução

Apesar dos importantes avanços na implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, desde que foi criado pela Constituição de 1988, com a organização e o fortalecimento dos sistemas municipais e estaduais de saúde, a ampliação da oferta de serviços e o aumento da cobertura populacional, é importante considerar que ainda há muito a ser feito, especialmente com vistas à garantia da qualidade dos serviços e de sistemas locais de saúde atuando de forma integrada e articulada.

Conforme avalia Feuerwerker (2005, p.490), “(...) o SUS real, apesar de todas as acumulações e avanços, está ‘(ainda)’ muito distante da proposta almejada pelo movimento da Reforma Sanitária”, isto porque algumas fragilidades do sistema põem em risco sua legitimidade política e social.

Esta situação reveste-se de importância maior tendo em vista o momento atual, quando se identifica um quadro sanitário no País caracterizado por uma transição demográfica acelerada, transição epidemiológica e nutricional; bem como pela urbanização e pelo crescimento econômico e social que contribuem para um maior risco de desenvolvimento das doenças crônicas (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JÚNIOR, 2011). Dados epidemiológicos em nosso País indicam uma acelerada progressão de mortes por causas externas, com ênfase em violências e traumas, tornando-se a segunda causa de óbitos no gênero masculino e a terceira no total. Além disso, as doenças crônicas não transmissíveis, com destaque para o número de óbitos por Infarto Agudo de Miocárdio (IAM) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) se constituem como relevantes problemas de saúde, demandando uma nova conformação do sistema com ações que garantam um acompanhamento longitudinal dos usuários e suas respectivas necessidades de saúde.

Mendes (2011) refere que o problema principal do SUS reside na incoerência entre

situação e necessidades de saúde existentes no País e os sistemas de atenção à saúde fragmentados, e preconiza a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Nesta direção, desde dezembro de 2010, por meio da Portaria nº 4.279 (BRASIL, 2010), o Ministério da Saúde (MS) já acenava para a necessidade da organização das RAS como estratégia para a consolidação do SUS, de modo a promover e assegurar a universalidade e a integralidade da atenção, bem como a equidade do acesso, além da melhor articulação dos serviços e sistemas e a transparência na alocação de recursos. Assim, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), a partir de 2011, definiu a implantação das Redes Temáticas prioritárias como estratégia nuclear para o alcance desses objetivos (BRASIL, 2013A).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) foi instituída pela Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011 (BRASIL, 2011A), que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências, definindo os diversos componentes desta rede de atenção e os incentivos a serem disponibilizados aos estados e municípios para sua implementação em seus territórios.

A organização da RUE tem a finalidade de articular e integrar, no âmbito do SUS, todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde de forma ágil e oportuna, e deve ser implementada gradativamente, em todo o território nacional, respeitando-se os critérios epidemiológicos e de densidade populacional.

A atenção às urgências vem se apresentando como pauta fundamental e prioritária, tanto para o governo federal como para a maioria dos estados e municípios do País, justificada pela magnitude dos problemas nesta área e pela necessidade de intervenção para a melhoria do atendimento. Para seu enfrentamento, é fundamental a articulação das três esferas de governo, sob o ponto de vista assistencial, bem como para a garantia

⁴ Especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil. Coordenador da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgências da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. andersom.fagundes@saude.gov.br

⁵ Coordenadora das Unidades de Pronto Atendimento da Coordenação Geral de Urgência e Emergência do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgências da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. claudia.pequeno@saude.gov.br

⁶ Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da UFMG, especialista em Administração Hospitalar pelo Instituto Brasileiro de Administração Municipal (Ibam) e Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Diretora do Departamento de Atenção Hospitalar e Urgências da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. maria.carmo@saude.gov.br

⁷ Coordenador do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e Força Nacional do SUS - Brasília (DF), Brasil. paulo.abrahao@saude.gov.br

do adequado financiamento a uma melhor atenção, minimizando, assim, o grave quadro atual. A política preconiza que a atenção às urgências deve fluir em todos os níveis do SUS, organizando a assistência desde as unidades básicas, passando pelas atenções pré-hospitalar (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Unidade de Pronto Atendimento), hospitalar e domiciliar. Orquestrar uma rede dessa natureza, de modo a articular todos os seus componentes para atuação integrada e sinérgica, se constitui na única alternativa para a melhoria da efetividade e da atenção ágil e oportuna às diversificadas situações de urgências e emergências.

Para implementação desta rede, a partir da pactuação regional, são previstos recursos para pagamento dos incentivos relativos aos diversos componentes da RUE. Ademais, outras tantas estratégias que são transversais a qualquer Rede de Atenção à Saúde – como a política de regulação, a organização e a integração dos sistemas de informação, a qualificação dos processos de trabalho e a Educação Permanente do conjunto dos profissionais – são condições *sine qua non* para a efetiva implantação dessa rede.

Dentre as propostas de intervenção que foram priorizadas na implementação da RUE, destacam-se: o investimento e o custeio das portas de entrada hospitalares; o aumento do custeio e uma melhor articulação dos Samu e UPA à rede como um todo; a qualificação da atenção e a organização das três linhas de cuidado prioritárias, quais sejam: Trauma, IAM e AVC; a implementação de estratégias para a qualificação da atenção por meio de incentivos e o aumento do custeio dos leitos hospitalares, em especial, ao paciente crítico e leitos de retaguarda clínicos; a criação das unidades de Internação em Cuidados Prolongados, entre outras propostas; e a organização da Atenção Domiciliar.

Este artigo pretende discutir as estratégias de implantação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, seus pressupostos

e seus primeiros resultados, de modo a contribuir para a avaliação dessa política. Sob o ponto de vista metodológico, foi realizado um estudo descritivo, buscando identificar, na população das regiões de saúde brasileiras que receberam recursos e se definiram pela implantação da Rede de Atenção às Urgências, se efetivamente nestas regiões de saúde, houve melhoria dos indicadores e processos propostos nos Planos de Ação Regionais (PAR) para aprimoramento da qualidade da atenção.

Foram utilizados como fontes de dados: os documentos oficiais compostos pelas portarias ministeriais dos diversos componentes da RUE, os PAR pactuados entre os gestores para esta rede, e o trabalho observacional e de monitoramento da RUE realizado pelos apoiadores estaduais e das Redes de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

Estado da arte da implantação da RUE

A priorização de investimentos na RUE se assenta na avaliação da situação de morbimortalidade do Brasil, que aponta para a necessidade de uma intervenção efetiva, a despeito dos avanços da última década, como a criação do Samu, das UPA 24h e de sua expansão. Além disso, a avalanche de mortes e sequelas por trauma decorrentes de acidentes de trânsito e violências, as altas taxas de morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório, além da superlotação dos prontos socorros hospitalares, já são situações que justificam uma política específica para a atenção às urgências. Associado a isso, é importante considerar o acentuado e rápido envelhecimento da população, com aumento significativo da expectativa de vida nas últimas décadas.

Desse modo, o grande desafio da RUE é orquestrar todos os componentes de uma rede com essa amplitude, de modo a contemplar uma atuação integrada e sinérgica, o que

se constitui como única alternativa para uma atenção ágil e oportuna às diversificadas situações de urgência e emergências, com melhora da efetividade.

A integração entre as três esferas de gestão do SUS é imprescindível para que a RUE possa ser, de fato, implementada. E deve ser construída de forma cooperativa e solidária. Desse modo, a Portaria nº 1.600, de 2011 (BRASIL, 2011A), prevê um Plano de Ação Regional coordenado por um grupo condutor estadual e composto pelos diversos atores da região de saúde, pautado por critérios técnicos, epidemiológicos e demográficos, e voltado para as necessidades populacionais de cada território. O PAR deve ser aprovado na Comissão Intergestores Bipartite, desse modo, legitimando a proposta e o planejamento para a organização da rede. É importante, ainda, a participação de atores de outros segmentos sociais para a proposição de políticas públicas efetivas e eficientes, como conselhos de saúde, gestores, trabalhadores, prestadores, usuários, conselhos profissionais, instituições de ensino e assistência social, entre outros.

A seguir, serão detalhados os avanços e as perspectivas dos diversos componentes da RUE, quais sejam: I. Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; II. Atenção Básica em Saúde; III. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) e suas Centrais de Regulação; IV. Sala de Estabilização; VI. Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 horas; VII. Atenção Hospitalar; VIII. Atenção Domiciliar; e V. Força Nacional de Saúde do SUS.

Considerando o panorama epidemiológico e econômico das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no País, e a partir da necessidade de intervir sob a perspectiva da promoção, prevenção e vigilância sobre esta situação de saúde, o Ministério da Saúde coordenou o processo de elaboração do Plano de Estratégias de Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011-2022. Este plano está alinhado

com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde e aborda os quatro principais fatores de risco modificáveis – tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e consumo abusivo de bebidas alcoólicas, que são responsáveis por grande parte da carga de DCNT, em especial, quatro delas: cardiovasculares, cânceres, diabetes e respiratórias crônicas (WHO, 2011). O Plano de DCNT fundamenta-se no delineamento de três principais diretrizes ou eixos: 1) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; 2) promoção da saúde; e 3) cuidado integral. Para isso, diversas ações foram implantadas nos três eixos (MALTA; SILVA JÚNIOR, 2013).

Em relação aos eixos de Vigilância e de Promoção, diversas pesquisas foram conduzidas, destacando-se a realização da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que é uma pesquisa de base domiciliar, de âmbito nacional, realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no ano de 2013. Essa pesquisa inseriu diversos temas sobre fatores de risco cardiovasculares, que serão fundamentais na vigilância e na prevenção de DCNT e doenças cardiovasculares.

Reconhecendo os acidentes e a violência (causas externas) como importantes problemas de saúde pública, e que exercem grande impacto social e econômico, sobretudo no setor saúde e na atenção às urgências e emergências, o Ministério da Saúde apresentou proposta de intervenções desde a implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, em 2001, reafirmada depois com a Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2006, tais como: a criação da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, a implantação da Vigilância de Violências e Acidentes, e o Projeto Vida no Trânsito.

Cada um desses componentes da RUE se constitui em um universo particular, com seus variados desafios e peculiaridades. Entretanto, a despeito da diversidade, todos esses componentes devem estar assentados em uma Atenção Básica de Saúde (ABS)

resolutiva, que tem papel fundamental para a organização e o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde em geral e da RUE, em particular. Para o funcionamento harmônico e integrado das redes, a ABS deve ser resolutiva, identificando os riscos, necessidades e demandas de saúde, por meio de uma clínica ampliada com o objetivo de aumentar o grau de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve, ainda, coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e gerindo projetos terapêuticos, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS.

Além disso, a Atenção Básica (AB) deve atender às urgências por demanda espontânea em ambiente adequado, até a transferência ou o encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário. Os pilares ambiente adequado, Educação Permanente das equipes e implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades são pressupostos para que a AB possa cumprir seu papel na atenção a essas situações de urgência. A Sala de Observação enquanto ambiente da Unidade Básica de Saúde (UBS) destinado ao atendimento de pacientes em regime ambulatorial, com necessidade de observação em casos de urgência/emergência, deve se estruturar como um ponto de atenção da RUE e se constituir como uma forma efetiva de cuidados qualificados das situações de urgência e emergências nestas unidades.

Vários movimentos têm sido empreendidos, buscando qualificar a Atenção Básica, como o Programa Academia da Saúde, novo espaço da AB que tem como objetivo

contribuir para a promoção da saúde e de modos de vida saudáveis da população, a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados, nas quais podem ser desenvolvidas as seguintes atividades: práticas corporais e atividades físicas, promoção da alimentação saudável, educação em saúde e produção de modos de vida saudável, entre outras (JAIME ET AL., 2013; LEE ET AL., 2012). As Academias da Saúde podem contribuir para a prevenção, o tratamento e a reabilitação de doenças cardíacas e cerebrovasculares. Todos os estados brasileiros possuem o Programa Academia da Saúde. Atualmente, são 3.725 polos em mais de 2.700 municípios do Brasil. Destes, mais de 500 já estão concluídos e mais de mil já iniciaram suas obras (BRASIL, 2011B).

A questão do planejamento loco-regional por meio de um plano de ação tem induzido, mesmo que ainda de forma tímida, a uma avaliação mais criteriosa das condições de saúde de uma dada população específica, bem como da capacidade instalada dos serviços de urgência, sua resolutividade e integração. Os PAR detalham, além do diagnóstico de saúde da região, o planejamento para qualificação e ampliação de cada um dos componentes da RUE, com um cronograma a ser cumprido. De outubro de 2011 a abril de 2014, foram publicados 45 Planos de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, com uma cobertura populacional de 107.293.349 habitantes (56,25% da população brasileira), contemplando aproximadamente 1.860 municípios nas 26 Unidades Federativas (UF) (tabela 1).

Tabela 1. Número de PAR RUE publicados nos estados de 2011 a 2014

Planos publicados	2011	2012	2013	2014	Total
AC			1		1
AL		1			1
AP		1			1
AM		2			2
BA		1		1	2
CE		1	1		2
ES		1			1
GO		1			1
MA		1	2	1	4
MG	1	1			2
MS		1	2		3
MT		1			1
PA		1			1
PB			1		1
PE		1	1		2
PI		1			1
PR		1	1		2
RJ		1			1
RN		1			1
RO		1			1
RR		1			1
RS		1			1
SC		3	1		4
SP		3	2	1	6
SE	1				1
TO			1		1
Total	2	27	13	3	45

Fonte: CGHOSP/DAHU/MS, março 2014

O financiamento desses planos de ação foi dividido em duas categorias: recursos imediatos, para garantir o início da implantação e a qualificação dos serviços já existentes, e os recursos de custeio atrelados à abertura e ao funcionamento de novos serviços,

aumentando assim a capacidade instalada e o acesso aos serviços. Em abril de 2014, para a garantia desses planos, já foram incorporados recursos imediatos aos tetos dos estados e municípios no valor anual de R\$ 1.513.984.070,96, conforme *tabela 2*.

Tabela 2. Recursos imediatos incorporados aos tetos dos estados e municípios referentes aos PAR RUE de 2011 a 2014 (em R\$)

Estado	PAR 2011 - Imediato	PAR 2012 - Imediato	PAR 2013 - Imediato	PAR 2014 - Imediato
Acre			4.616.350,08	
Região de Macéio e Arapiraca - AL		21.761.809,60		
Amapá		17.136.875,00		
Região Alto Solimões - AM		1.727.702,40		
RM Manaus - AM		23.900.314,56		
RM Salvador Ampliada - BA		74.915.385,24		
Região Sul da Bahia				8.321.890,56
RM Fortaleza Ampliada - CE		68.143.902,88		
Sobral - CE			13.927.159,68	
RM Vitória - ES		46.712.538,40		
RM Goiânia - GO		30.697.018,36		
RM São Luis - MA		9.404.726,40		
Região de Codó - MA			15.926.900,00	
Região de Imperatriz - MA			18.062.637,08	
Região de Açailândia - MA				1.200.000,00
RM Belo Horizonte Ampliada - MG	33.047.925,56			
Macro Norte MG		26.180.376,40		
Região de Campo Grande e Corumbá - MS		25.096.159,68		
Macro Dourados - MS			17.235.482,28	
Macro Três lagoas - MS			5.219.948,84	
Baixada Cuiabana - MT		79.256.911,23		
Pará		79.883.570,84		
RM João Pessoa- PB			14.638.512,00	
RM Recife - PE		112.673.598,57		
Região de Petrolina - PE			8.071.754,88	
Região Entre Rios - PI		9.496.414,40		
RM Curitiba - PR		73.208.155,00		
Região Norte - PR			35.221.591,50	
RM I e II - RJ		75.674.375,00		
RM Natal - RN		86.271.234,40		
Região de Porto Velho e Vilhena - RO		23.922.203,72		
Roraima		9.959.011,92		
RM Porto Alegre Ampliada - RS		93.273.538,32		
RM Florianópolis - SC		19.771.766,88		
Região Norte e Nordeste - SC		25.284.241,88		
Serra Catarinense; Grande oeste; Meio Oeste; Vale do Itajaí; Sul; Foz do Rio Itajaí - SC			73.704.301,17	

RRAS 01 - ABC - SP	24.421.341,03			
RRAS 02 - Região de Guarulhos - SP			14.337.697,92	
RRAS 06 - São Paulo - SP			94.301.876,55	
RRAS 07 - Campinas - SP	3.526.875,00			
RRAS 13 - Região de Ribeirão Preto - SP				41.080.276,67
RRAS 15 - Baixada Santista e Vale do Ribeira - SP	32.844.657,17			
TA CAP Sergipe	11.456.353,47			
Região Capim Dourado - TO			8.468.708,44	
Total	44.504.279,03	1.095.144.704,28	323.732.920,42	50.602.167,23

Fonte: CGHOSP/DAHU/MS, março 2014

Além dos recursos já citados, outros foram incorporados aos tetos na medida em que foram sendo realizadas as habilitações de novos leitos e/ou qualificações nas diversas tipologias, habilitações e/ou qualificações de UPA e Samu previstas nos PAR.

As situações clínicas que demandam atenção de urgência e emergência são tão variadas, que necessitam, por sua vez, de abordagens diferentes, nos diversos níveis do sistema e em diferentes pontos de atenção com adensamentos tecnológicos variados. Desse modo, o atendimento rápido e a transferência segura são fundamentais para o 'caminhar' seguro do usuário pela Rede de Atenção à Saúde (RAS), notadamente nas situações que impliquem em sofrimento, sequelas ou mesmo morte, caso o atendimento não ocorra em tempo oportuno. Para isso, o Samu 192 é o componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências, que tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde. O serviço é acionado pelo número 192 e conta com Central de Regulação das Urgências e veículos tripulados por equipes capacitadas.

Após a criação da RUE em 2011, avanços na cobertura do Samu são visíveis. Entre 2010 e 2013, a população coberta pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) passou de 122,9 milhões (2010) para 140,4 milhões (2013). Já a quantidade de municípios com acesso ao serviço

aumentou em 38%, passando de 1.992 (2010) para 2.741 (2013). No mesmo período, houve um aumento nas unidades móveis, passando de 1.912 unidades, em 2010 (1.518 de suporte básico e 394 de suporte avançado), para 2.867 unidades, em 2013 (2.302 de suporte básico e 565 de suporte avançado).

A constatação da necessidade de regionalizar e qualificar o Samu 192 redundou na decisão de incrementar o seu custeio em 19%, totalizando R\$ 140,2 milhões para toda a rede, passando dos R\$ 744 milhões planejados para 2013, para R\$ 884,2 milhões. Além disso, também as Unidades de Suporte Avançado e Aéreo habilitadas tiveram acréscimos em seu custeio, passando de R\$ 27,5 mil para R\$ 38,5 mil por mês, acrescidos de 30% na Amazônia Legal. Os valores de investimento para construção, equipamentos, mobiliário, destinados à ampliação de centrais de regulação ou à construção de novas unidades também foram incrementados.

Embora o transporte rápido, eficiente e seguro dos usuários seja um dos pilares de qualquer sistema de atendimento às urgências, no Brasil, ainda convive-se com regiões com grandes vazios assistenciais e com populações dispersas e rarefeitas. Nessas situações, a transferência oportuna é fundamental, mas não resolve a situação, visto que o primeiro atendimento para estabilização do quadro clínico pode ser o determinante para salvar vidas. Dentre as estratégias da

RUE, para tais regiões, foram criadas as Salas de Estabilização (SE), pela Portaria nº 2.338 GM/MS, de 2011 (BRASIL, 2011C). As SE devem sempre estar articuladas a uma unidade de saúde já existente e realizar a estabilização de pacientes críticos, com posterior remoção e encaminhamento para um hospital de referência regional, para a continuidade do tratamento. Trata-se de um ponto de atenção muito específico, instalado em um serviço de saúde já existente, em municípios com menos de 50 mil habitantes, funcionando nas 24 horas do dia e com garantia de transporte adequado. Tomando por base o mês de abril de 2014, foram repassados, pelo Ministério da Saúde, recursos de investimento para implantação de 103 Salas de Estabilização. Destas, apenas cinco entraram em funcionamento até o momento.

Também o componente UPA 24h foi revisto a partir das novas diretrizes da RUE. Desse modo, em março de 2013, houve redefinições para sua implantação por meio da Portaria nº 342/2013 (BRASIL, 2013B). A possibilidade de inclusão no componente UPA, não apenas de unidades novas e recém-construídas, como também a possibilidade de custeio federal para as chamadas UPA 24h ampliadas, que são serviços já existentes adaptados às diretrizes para as UPA, se constitui em uma forma de ampliar o acesso aos serviços e de custear unidades já existentes de forma mais adequada.

A meta inicial, entre 2007 e 2010, era de construção de 500 UPA 24h. Considerando o mês de abril de 2014, têm-se 462 propostas vigentes de UPA 24h, das quais, 214 estão em funcionamento; 166, em processo de construção; e 82, em processo de aquisição de equipamento e contratação de recursos humanos para o início breve de suas atividades. A meta para o período entre 2011 e 2014 é de construção de mais 500 UPA. Nesse sentido, já foram aprovadas mais UPA pela segunda fase do Programa de Aceleração de Crescimento, 2011/2012 e 2013, e destas, 495 UPA estão com propostas vigentes, das

quais, 192 estão em ação preparatória; 139, em licitação da obra; 144, em obra; e 20, concluídas e se preparando para a inauguração.

De forma geral, do planejado entre 2007 e 2014, no momento, 332 UPA 24h se encontram em funcionamento no Brasil, sendo todas elas custeadas, majoritariamente, pelo Ministério da Saúde, e outras 73 UPA foram concluídas e se encontram em fase final de preparação para o início do seu funcionamento.

Um dos maiores desafios dessa rede tem sido a reorganização da atenção hospitalar para as urgências e emergências. O hospital, historicamente trabalhando de forma isolada e desarticulada dos demais pontos de atenção, conta com uma complexidade e muitas facetas de difícil mudança, baseado, ainda hoje, no trabalho médico e do enfermeiro, e na atenção curativa e dissociada de qualquer articulação com as RAS acrescida de uma busca incessante dos pacientes por seus cuidados, sendo, muitas vezes, visto como tábua de salvação para todos os problemas de saúde.

Nessa perspectiva, o grande gargalo que se tornou a atenção hospitalar no SUS, em particular, em relação às urgências e emergências, com prontos socorros superlotados e com o sofrimento das pessoas em filas e corredores, tem sido uma das prioridades na RUE, com a configuração de estratégias importantes para ampliar o acesso e aprimorar a qualidade, para dar conta do grande número de pacientes que acorrem aos hospitais na esperança de verem seus problemas de saúde resolvidos. Trata-se, então, do componente com a maior procura por parte da população, que, muitas vezes, superestima o papel do hospital na resolução de seus problemas de saúde. O pronto socorro hospitalar, visto como meio mais rápido de atendimento, nem sempre tem sido resolutivo, tendo em vista as deficiências de estrutura física, de equipamentos e na qualificação de pessoas. Pela sua relevância e pela grande deficiência de leitos resolutivos e qualificados no SUS, que deem

suporte às urgências, é o componente para o qual tem sido direcionado o maior volume de recursos da RUE.

Muitas estratégias para qualificar e ampliar a atenção hospitalar vêm sendo empreendidas, como o aumento de recursos financeiros nas portas de entrada hospitalares, tanto de custeio quanto de investimento em infraestrutura, com o objetivo de ampliar e qualificar a atenção.

Além de recursos, os gestores hospitalares e profissionais de saúde têm sofrido forte indução para a qualificação e a humanização da atenção com a implantação de várias ferramentas de gestão da clínica, como o acolhimento com o Protocolo de Classificação de Risco e o cuidado horizontalizado nas portas de entrada e unidades de internação, com equipes multiprofissionais de referência, gestão de leitos e implantação do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar como dispositivo privilegiado para empreender tais ações, entre outras.

Para isto, o incentivo das portas de entrada prioritárias estabelecidas nos Planos de Ação da RUE, aprovadas até março de 2014, tem sido com recursos da RUE categorizados como custeio imediato, que variam entre 100 mil e 300 mil reais mensais e foram repassados aos fundos de saúde de estados e municípios para qualificação das 230 portas hospitalares de maior importância regional, distribuídas em 26 UF.

No componente hospitalar dos PAR, também foi prevista a expansão do número de leitos hospitalares de retaguarda às urgências: leitos clínicos, de cuidados intensivos e de cuidados prolongados, além de

custeio diferenciado para os leitos já existentes que se qualificassem para retaguarda das portas hospitalares e UPA. O custeio foi incrementado com incentivo, além do valor faturado em Autorização de Internação Hospitalar (AIH), condicionado ao cumprimento de critérios de qualificação e aumento da resolutividade.

Ademais, diante das características epidemiológicas e demográficas da população brasileira, três linhas de cuidado prioritárias foram enfatizadas: IAM, AVC e Trauma. Embora sejam estratégias que perpassam todos os componentes da RUE, destaque fundamental a essas linhas de cuidado foi dado na atenção hospitalar, com a criação de novas categorias de referências e leitos, como as Unidades de Acidente Vascular Cerebral (AVC), Unidades Coronarianas (UCO) e os Hospitais de Referência para o trauma e respectivos incentivos de custeio, também atrelados ao cumprimento dos critérios estabelecidos.

Como estratégia central para desafogar os prontos socorros hospitalares, garantindo a continuidade da assistência, tem sido realizada uma importante pactuação para a ampliação da oferta de leitos de retaguarda para a urgência e emergência em todos os PAR. A *tabela 3* mostra o total pactuado e aprovado para funcionamento de leitos clínicos novos e qualificados, leitos de UTI novos e qualificados, leitos de Cuidados Prolongados, leitos de Unidade de Terapia Intensiva Coronariana (UCO) e leitos de Atenção ao Acidente Vascular Cerebral (AVC) nos Planos de Ação da RUE, finalizados até março de 2014.

Tabela 3. Quantitativo de leitos de retaguarda pactuados e aprovados nos PAR publicados

Componente	PAR 2011	PAR 2012	PAR 2013	PAR 2014	Total	Descrição
Leitos clínicos novos	343	3.369	1.002	321	5.035	Leitos Pactuados
Leitos clínicos qualificados	83	2.285	725	270	3.363	Leitos Pactuados
Leitos de UTI adulto novos	16	10	30	46	102	Leitos Pactuados e Habilitados, recebendo incentivo
Leitos de UTI adulto qualificados	253	1.715	1.046	201	3.215	Leitos que já recebem incentivo
Leitos de UTI pediátricos novos	0	0	0	0	0	Leitos Pactuados e Habilitados, recebendo incentivo
Leitos de UTI pediátricos qualificados	49	297	293	30	669	Leitos que já recebem incentivo
Leitos de cuidado continuado	0	0	88	0	88	Leitos que já recebem incentivo
Leitos de UCO	0	0	120	8	128	Leitos que já recebem incentivo
Leitos de AVC	0	165	0	0	165	Leitos que já recebem incentivo

Fonte: CGHOSP/DAHU/MS, março 2014

Entretanto, a partir de criterioso monitoramento, iniciado, particularmente, em 2013, onde os hospitais integrantes dos Planos de Ação Regional da RUE com portarias publicadas foram avaliados, verifica-se que, apesar de ter sido planejada uma expansão significativa, na prática, este aumento real dos leitos tem sido modesto, o que tem dificultado que a assistência progrida para além de corredores lotados de UPA e prontos socorros. Tal análise possibilitou estabelecer algumas metas e perspectivas para 2014, dentre elas, a de qualificar as ações em saúde nas regiões e, sobretudo, nos estabelecimentos que estão inseridos nos planos de ação, na perspectiva de garantir os critérios de qualificação constantes na Portaria do componente hospitalar da RUE – GM/MS 2.395/11 (BRASIL, 2011D) –, colocando em funcionamento os leitos de retaguarda pactuados.

No ano de 2013, dentre as principais ações do MS, é importante ressaltar a sensibilização dos gestores de estados e municípios para que elaborassem projetos de qualificação das unidades hospitalares, a fim de garantir adequações físicas e melhoria do parque tecnológico dentro da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Embora exista uma baixa execução financeira para as propostas inseridas no sistema, os recursos foram orçamentados e estão disponíveis para utilização por parte dos municípios e estados.

Como forma de qualificação da atenção hospitalar na Urgência e Emergência, identificou-se a necessidade de induzir de forma mais efetiva a melhoria do atendimento nas portas hospitalares. Desse modo, em novembro de 2011, foi lançado o Programa SOS Emergências e, em seguida, regulamentado pela Portaria nº 1.663/12 (BRASIL, 2012A), com o objetivo principal de reduzir tempos de espera e a superlotação dos grandes pronto socorros do País. O SOS Emergências é uma ação estratégica do Ministério da Saúde em conjunto com os estados, municípios e o Distrito Federal, com a finalidade de atuar de forma mais organizada, ágil e efetiva sobre a oferta de assistência nas maiores e mais complexas portas de entrada hospitalares de urgência do País, e assessorar tecnicamente a equipe destes hospitais para a melhoria da gestão e da qualidade do atendimento aos usuários do SUS. O programa está implantado em 27 unidades e, em 2014, totalizará 31 unidades, contemplando todos os estados e o Distrito Federal.

Vale ressaltar os avanços mais relevantes alcançados pelo programa, que vem se tornando modelo para o conjunto dos hospitais integrantes da RUE: a redução da superlotação, com diminuição da taxa de ocupação das emergências a partir de mecanismos de monitoramento do tempo de permanência; a disponibilização de 2.039 leitos de retaguarda para 22 hospitais; a implantação do Núcleo Interno de Regulação em todos os hospitais, com melhoria da ocupação dos leitos hospitalares; a especialização de 440 profissionais em Gestão de Emergências no SUS e 7 mil em processos assistenciais; a melhoria dos fluxos de atendimento, a partir da discussão e da implementação das linhas de cuidado; e 12 hospitais com contrato de repasse assinados para reforma, sendo quatro com obras iniciadas e 11 hospitais com equipamentos entregues e em funcionamento, além 24 propostas de convênio com o Fundo Nacional de Saúde em 2013 empenhadas para recomposição tecnológica no valor de 52 milhões.

Outro componente importante da RUE, que é transversal a todas as redes temáticas, mas de fundamental importância para o aumento da rotatividade dos leitos hospitalares, é a Atenção Domiciliar, o Programa Melhor em Casa, lançado em outubro de 2011. Com diversas alterações e expansão ao longo do tempo, teve sua última atualização feita pela Portaria GM/MS 963, de maio de 2013 (BRASIL, 2013C), na qual o programa foi universalizado, possibilitando a adesão de todos os municípios brasileiros.

O Melhor em Casa constitui uma nova modalidade de atenção à saúde prestada em domicílio, substitutiva ou complementar às já existentes, fundamental em um contexto de progressivo envelhecimento populacional e do aumento de DCNT (BRASIL, 2012B). Até abril de 2014, o Melhor em Casa possuía 1.309 equipes já aprovadas em 26 estados brasileiros e, dessas, 554 em funcionamento, em 24 UF, com uma cobertura populacional de cerca de 36,5 milhões de pessoas. A assistência multiprofissional é realizada no

lar do paciente, que recebe o cuidado mais próximo, proporcionando um serviço humanizado e acolhedor às pessoas com necessidade de reabilitação motora, cuidados paliativos, pacientes crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica, entre outros. Essa modalidade de atenção, além de melhorar o desempenho dos leitos hospitalares e possibilitar a desospitalização precoce de pacientes, proporciona mais conforto ao usuário e às suas famílias, e um cuidado mais humanizado e acolhedor.

Por fim, o único componente da RUE sob gestão do Ministério da Saúde é a Força Nacional do SUS (FN-SUS), componente estruturante e humanitário do Sistema Único de Saúde, que visa prestar assistência rápida e efetiva às populações em território nacional e internacional atingidas por catástrofes, epidemias ou crises assistenciais que justifiquem seu acionamento, em apoio à gestão local, com ações de orientação, monitoramento e assistência, atuando em estruturas do sistema de saúde em articulação com os entes federados.

A FN-SUS foi criada através de Decreto Presidencial nº 7.616, de 2011 (BRASIL, 2011E), e atualmente conta com 12.869 profissionais voluntários cadastrados. Já atuou em 23 missões, com atendimento a vítimas de enchentes e desastres naturais, enviando profissionais, equipamentos e disponibilizando tecnologia de processos de trabalho nesse tipo de catástrofe. Também apoiou a gestão de grandes eventos corridos no País, além de ter antecipado a liberação de R\$ 13 milhões para as áreas atingidas por enchentes no Rio de Janeiro. Uma das missões mais expressivas da Força se deu em apoio às vítimas do incêndio ocorrido em Santa Maria (RS), no dia 27 de janeiro de 2013, com o envio de equipamentos e materiais para cuidado intensivo, ambulâncias, antídotos específicos para intoxicação, além de 120 profissionais, dentre eles, psiquiatras e psicólogos para atendimento às vítimas e seus familiares.

Os profissionais voluntários da FN-SUS

têm sido capacitados periodicamente e, dos 12.869 profissionais, 1.470 já foram capacitados para cuidados de vítimas em desastres. Em parceria com o Hospital Sírio-Libanês, foi iniciada uma segunda fase de capacitação de 980 profissionais voluntários, entre agosto de 2013 e junho de 2014, com 80 vagas para cada uma das 12 cidades-sede da Copa do Mundo.

Reflexão crítica sobre os avanços e desafios para a implantação da RUE no país

Ao olhar para os resultados relativos à implementação da RUE encontrados até o momento, vale destacar:

1. No componente promoção, prevenção e vigilância à saúde, apesar de várias iniciativas terem sido começadas antes de 2011, a implantação da RUE e a necessidade de intervir sobre as DCNT, os acidentes e as violências têm demonstrado ser importantes reforços, o que induziu à ampliação e à extensão dessas ações.
2. Tem sido empreendido grande esforço governamental para que a Atenção Básica, alicerce de toda a RAS, alcance o papel de relevância no sistema e, em particular, na atenção às urgências. Recursos financeiros para investimentos em infraestrutura têm sido alocados para a qualificação da ABS, aí incluídas as condições para o atendimento das primeiras urgências e seu encaminhamento responsável, quando necessário. Além disso, outras iniciativas, como o Nasf, o apoio às equipes da Atenção Básica e as Academias da Saúde têm proporcionado maior resolutividade a esse nível de atenção. Ainda assim, considerando todo o avanço apontado, há muito a ser feito para que a AB se torne, efetivamente, a coordenadora e grande articuladora do cuidado nos sistemas locais e estaduais de saúde, especialmente, para a RUE.
3. Apesar de o Samu 192 já contar com uma significativa cobertura populacional no País, após a RUE, observou-se, não apenas sua ampliação de acesso, com o crescimento do número de unidades móveis e de centrais de regulação, como também a qualificação do serviço, com Educação Permanente dos profissionais e indução à regionalização. Resta, ainda, o desafio da ampliação da cobertura para as regiões mais remotas e de difícil acesso do País.
4. A Sala de Estabilização é um componente ainda em discussão e não plenamente incorporado como estratégico para a RUE, visto que o desafio da cobertura dos vazios assistenciais, embora com pequenos avanços, ainda precisa ser superado em grande parte do território brasileiro. A falta do profissional médico nos municípios de pequeno porte e de difícil acesso, o custo da contrapartida dos demais entes para implantação e custeio das SE, a dificuldade de articulação e acesso aos serviços de retaguarda hospitalar, bem como a pactuação ainda em curso dos componentes da RUE nas diferentes regiões são problemas que ainda necessitam ser superados, a fim de garantir o acesso aos serviços de urgência a toda a população brasileira.
5. As UPA 24h se constituem em expressivo avanço para a atenção às urgências pré-hospitalares. Sua ampliação de cobertura, com a construção e qualificação de novas unidades, é um passo fundamental, mas ainda há que transpor alguns desafios, tais como: o alto valor do custeio para manutenção destas unidades em relação ao valor repassado pelo Ministério da Saúde; a deficiência de recursos humanos para cobrir todos os municípios com serviços habilitados, em especial, o profissional médico; e o número insuficiente de leitos

de retaguarda e a pouca articulação com os serviços da Atenção Básica e hospitalar. Essas situações precisam ser enfrentadas para que se possa garantir não apenas um número satisfatório de unidades implantadas, mas igualmente um serviço de qualidade e resolutivo, articulado com os demais pontos da rede de urgência. Ademais, a pouca capacidade de execução de obras por parte dos municípios – não apenas para as unidades de pronto atendimento – tem prejudicado significativamente a ampliação desse importante equipamento de saúde para a atenção às urgências, ainda que o nível federal venha apoiando de forma mais proativa as regiões de saúde, seja disponibilizando projeto padrão com diferentes portes para a execução de obras, seja padronizando e financiando a lista de equipamentos para UPA para municípios que receberam menos recursos, por propostas anteriores a 2013, ou mesmo abrindo a possibilidade de adesão de estados e municípios às atas de registro de preços/pregão eletrônico nacionais, tanto para obra quanto para aquisição de equipamentos, entre outras iniciativas.

6. Quanto ao componente hospitalar da RUE, verifica-se que boa parte dos estados e regiões de saúde tem hoje seu plano de ação elaborado e em processo de implantação, com transferência de recursos para sua execução garantida pelo MS. Entretanto, na prática, observa-se que tem havido atrasos e dificuldades na sua efetivação, seja pelos problemas relativos à pactuação e à governança local, seja pelo não cumprimento dos pactos e compromissos estabelecidos em nível regional, demonstrando ainda práticas de planejamento e governança locais frágeis.

7. Por fim, a Atenção Domiciliar (AD), como proposta inovadora e alternativa de atenção, tem buscado ampliar não apenas sua cobertura, como também seu escopo.

O Programa Melhor em Casa, ainda no seu início, já demonstra ser um programa exitoso, mas que deverá buscar seu aprimoramento com a experiência que será adquirida ao longo das próximas décadas. A AD, embora tenha sido criada como componente RUE, é uma estratégia fundamental para todas as redes, com importantes resultados no seu processo de implantação: 554 equipes atuando em 24 estados; a desospitalização mais precoce; o cuidado em casa de pacientes acamados ou com dificuldades de locomoção; a capacitação dos profissionais envolvidos, bem como a flagrante satisfação dos usuários. Esses são avanços significativos e visíveis, resta o desafio de aumentar a cobertura e atingir as mil equipes inicialmente planejadas.

8. A FN-SUS é um dispositivo de atenção às urgências e emergências, que deve ser acionada apenas em momentos especiais e conturbados, por isso mesmo, se constitui como um dos mais importantes avanços, inclusive já tendo demonstrado isso em inúmeras missões exitosas. Com a instituição da Força, o Brasil passou a contar com um corpo de profissionais qualificados, disponíveis para serem acionados no apoio às regiões de saúde, municípios e estados em situações de crises sanitárias, desastres naturais ou calamidades públicas, o que tem sido de grande relevância para o SUS, oportunizado pela RUE.

Muitos avanços nos diversos componentes da RUE têm sido percebidos, mas vale aqui destacar, como estratégia bem-sucedida do componente hospitalar da RUE, o Programa SOS Emergências, que tem feito diferença no desempenho de cada hospital participante. A redução da superlotação por meio da revisão de processos de trabalho com o apoiador inserido no cotidiano da atenção tem proporcionado a melhora dos indicadores de gestão hospitalar. Além disso, a capacitação das equipes na gestão de emergências e

processos assistenciais, a melhoria da área física e a aquisição de novos equipamentos dos hospitais envolvidos constituem-se em importantes avanços alcançados.

O SOS pode ser considerado como uma inovação pela ênfase na qualificação da gestão e do atendimento oferecido à população nas emergências de grandes hospitais e pelo seu caráter indutor para os demais pontos de atenção da rede. Isto pode ser atribuído, em grande medida, a um acompanhamento mais próximo junto à direção e aos profissionais dos hospitais pelos apoiadores do SOS e, em consequência, um monitoramento diário e mais efetivo dos processos de trabalho, isto proporcionando que os arranjos e pactuações para a regulação de leitos seja mais efetivo e negociado com os gestores envolvidos. Entretanto, há ainda importantes desafios a serem superados, tendo em vista ser este um projeto ainda em construção. Além do mais, trata-se de estratégia que envolve a atuação do Ministério da Saúde em unidades assistenciais, sob gestão de outro ente federativo, significando, portanto, que a atuação cotidiana deve ter o envolvimento tripartite como fator de sucesso em sua implementação e, mais do que isso, que essa experiência, deve ser pontual, induzindo a busca da autonomia do ente gestor para a continuidade dos resultados obtidos ao longo do tempo.

Após o processo de monitoramento da RUE, houve pequena inflexão nas estratégias de ação do MS para 2014, passando a priorizar menos a ampliação da cobertura populacional dos PAR e tornando mais evidente a necessidade de qualificar, de fato, cada ponto de atenção, com ênfase para as seguintes estratégias: implementação de ferramentas de gestão da clínica e revisão dos processos de trabalho, objetivando mudanças das práticas assistenciais e do modelo de atenção; ampliação do Programa SOS Emergências, transformando-o, cada vez mais, em modelo para as demais unidades hospitalares; ampliação das estratégias de apoio integrado

nos territórios, potencializando e integrando o apoio da RUE ao das demais redes temáticas, grupos condutores e dirigentes locais, desse modo, buscando impactar, efetivamente, na resolatividade, no acesso, na segurança e na humanização da atenção.

Desse modo, deve-se considerar que um projeto como a RUE, com essa magnitude e importância, deve ter seus efeitos monitorados e avaliados ao longo do tempo. Esses esforços, bem como a indução da discussão da organização das redes nos territórios das regiões de saúde, terão seus frutos em médio e longo prazo. Os resultados mensuráveis até agora ainda não demonstram a alavancada e o movimento positivo que a implantação da RUE tem representado junto aos gestores, prestadores e profissionais de saúde. O resultado dessa grande iniciativa só poderá ser, de fato, avaliado com maior precisão ao longo dos próximos anos.

Apontamentos e caminhos a serem seguidos

Hartz e Contandriopoulos (2004) tratam da natureza do objeto das redes em dupla leitura, como estrutura organizacional voltada para a produção de serviços, e como dinâmica de negociação entre diversos atores em seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas, em contexto de mudanças e compromissos mútuos.

Neste sentido, a teia da integração das redes no âmbito da gestão, no âmbito da atenção e entre as duas, é elemento fundamental na formulação e implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências. A confiança na capacidade de intervenção do outro se faz necessária para a entrega do cuidado qualificado ao usuário. A atuação de uma unidade de saúde ou de uma área do conhecimento/disciplina deve levar em consideração o papel das demais; e os recursos devem ter alocação equitativa, reduzindo as diferenças sócio-sanitárias.

Sob o ponto de vista de resultado, na avaliação da RUE, a principal indagação deve ser feita junto ao usuário, se foi reduzido ou não seu périplo e tempos de espera para ter suas necessidades atendidas no momento de manifestação do sofrimento, que é o momento agudo da dor, seja ela a dor física do trauma ou de um IAM; seja a psicológica, em uma emergência em atenção psicossocial; seja a dor da insegurança, de ter ou não acesso a um parto seguro e em momento oportuno.

Enfatiza-se que a coordenação da gestão da RUE, no âmbito do MS, reveste-se do desafio de vencer a fragmentação entre a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, e a assistência; entre os diversos níveis de atenção à saúde; e entre os diversos componentes da RUE. Além disso, a própria fragmentação do MS, entre suas diversas secretarias e departamentos, deve ser superada na busca de ações mais sinérgicas e resolutivas.

Assim, a indução e a implementação da RUE nos territórios, seja nos estados, municípios, regiões de saúde e até em pontos de atenção, como, por exemplo, na estratégia do SOS Emergências, não pode prescindir dessa integração e da articulação nas estratégias de gestão, quando se trata de planejar e programar, regular e financiar as ações e serviços de saúde que compõem a RUE nem das ações assistenciais de qualquer nível de atenção. Além disso, gestores estaduais ou municipais e Comissões Intergestores Regionais (CIR) também não podem prescindir de integração e articulação coerentes entre si e com o nível de gestão federal, desse modo, possibilitando a efetivação das redes nos territórios concretos.

No aspecto da gestão e governança da implementação da RUE, pode-se identificar diversos nós críticos, a serem enfrentados:

1. Ação coordenadora das Secretarias de Estado da Saúde (SES): esta função coordenadora tem se mostrado insuficiente para induzir à formação de grupos condutores

que façam a discussão sistêmica dos PAR da RUE, para além da discussão de parâmetros numéricos de metas físicas e financeiras, que ensejarão o repasse de recursos por parte do MS. O papel do grupo condutor é reunir informações para um diagnóstico de necessidades, ofertas já existentes, insuficiências ou vazios existenciais, chegando à conformação de uma rede regional em todos os seus componentes e linhas de cuidado.

2. Regulação: desenhado o PAR, sob o ponto de vista de sua estrutura e financiamento, torna-se imperativa a discussão da regulação da atenção à saúde, compreendida como promotora da equidade e da otimização da utilização da oferta existente. Observa-se, em boa parte dos gestores, a falta de decisão política de regular, bem como a insuficiência de ferramentas e tecnologias de manejo do ato regulatório, desde a infraestrutura e sistemas informatizados para os complexos reguladores até a construção de fluxos, protocolos e habilidades específicas de equipes para operar a regulação. Têm sido regra, redes 'sem regulação' e um conjunto de estruturas regulatórias com profissionais sem o devido conhecimento acerca do conceito sobre redes, ocasionando ineficiências com consequentes dificuldades de disponibilização da atenção em tempo oportuno.

3. Financiamento: o afastamento crescente da lógica de pagamento com base nas tabelas de procedimentos para o financiamento por meio de incentivos, a partir do valor global de componentes da RUE constituiu-se em avanço significativo na medida em que valoriza o desempenho e a atenção integral e resolutiva. No entanto, em muitos casos, o repasse dos recursos não tem sido acompanhado da efetiva ativação e qualificação de serviços, e, muitas vezes, não tem ocorrido a chegada dos recursos financeiros ao seu destino final – o estabelecimento de saúde. Há determinantes diversos para

estes fatos, como dificuldades de gestores em manejar recursos de incentivos na contratualização de serviços, de estabelecer compromissos e metas específicos para a RUE; e das direções de estabelecimentos hospitalares em gerir recursos de incentivos entre as equipes profissionais e outras despesas. Mas, há também a visão de parte dos gestores, de forma permanente ou transitória, de que os incentivos das redes podem significar substituição de recursos de fonte municipal ou estadual, não necessariamente seguidos do real incremento financeiro para ampliação do acesso e qualificação da atenção.

4. Informação: os sistemas oficiais de cadastro – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – e produção – Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) – mostraram-se insuficientes para registro e avaliação da RUE, começando pelos indicadores sobre as portas de entrada hospitalares e pré-hospitalares, que, com os atuais sistemas, não conseguem monitorar os tempos de espera para o atendimento dos usuários. A classificação de risco não está implantada em todas as unidades e a informatização é insuficiente. Ademais, as iniciativas de identificar, no CNES, os componentes da RUE para extrair informações estratégicas, ainda não foram concluídas. Exemplo disso é o caso do Samu, que possui sistema de informação que abrange cerca de metade das centrais e unidades móveis e tem se mostrado insuficiente para a gestão do componente e de sua integração com outros pontos de atenção.

5. Educação Permanente: a alta rotatividade, a multiplicidade de vínculos dos trabalhadores e a falta de uma política efetiva de Educação Permanente nas instituições de saúde no Brasil, na área de urgências, tem sido um dos maiores desafios para uma adequada capacitação com vistas à RUE. É

importante salientar que um planejamento para a Educação Permanente dos profissionais, desde a gestão da clínica, passando pela gestão de estabelecimento de saúde e de sistemas deve compor os PAR, incluindo a formação específica para os profissionais que atuam nas urgências e na regulação, tendo em vista os problemas identificados anteriormente.

6. Monitoramento e Avaliação: a avaliação da implantação dos planos de ação da RUE em curso tem demonstrado algumas deficiências, quais sejam:

6.1. As avaliações da RUE e, em particular, do componente hospitalar ainda se restringem, em boa medida, à estrutura;

6.2. Insuficiência de alinhamento conceitual entre a equipe de apoiadores do MS e demais componentes do grupo condutor e dirigentes locais para avaliação dos dispositivos de qualificação previstos nas portarias (ex.: horizontalização do cuidado, gestão da clínica, projeto terapêutico multidisciplinar e compartilhado, entre outros);

6.3. Como regra, ausência de processos avaliativos locais conduzidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde e/ou Secretarias Municipais de Saúde, que possam cotidianamente identificar os determinantes e atuar de forma conjunta em sua resolução;

6.4. Deficiente implantação de novos leitos de retaguarda pactuados, previstos nos PAR, resultando em suspensão de recursos em várias regiões de saúde;

6.5. Ainda que seja necessária a adequação e a melhoria dos sistemas de informação para avaliar o desempenho da RUE, os recursos hoje existentes do Sistema de Informações Ambulatoriais/Sistema de Informações Hospitalares e do Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos

de Saúde (SCNES) já permitiriam a extração de informações, apresentando um panorama, mesmo que incompleto, do desempenho da implementação RUE nos territórios, caso tais sistemas estivessem devidamente atualizados pelos gestores de saúde.

Com base nestas reflexões, apontam-se, a seguir, algumas estratégias que foram identificadas como propostas de intervenção para superação das deficiências da RUE, por meio de discussão e de ações de forma tripartite:

1. Indução para maior protagonismo das SES e SMS na coordenação e avaliação dos PAR da RUE;
2. Fortalecimento da capacidade de gestão dos recursos financeiros pelas Secretarias Estaduais de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e estabelecimentos de saúde por meio da contratualização, com metas específicas para a RUE, condicionando o repasse de incentivos ao desempenho verificado;
3. Implantação dos dispositivos de qualificação clínica e de gestão dos diversos componentes;
4. Aceleração da realização das obras planejadas e das aquisições de equipamentos previstas nos planos;
5. Suspensão e, eventualmente, devolução de recursos utilizados para finalidades diversas que não sejam os da RUE;
6. Formulação e implementação do componente Regulação nos PAR, a ser contemplado tanto nos novos como nas revisões dos planos em curso;
7. Inserção, nos PAR, de forma objetiva e sistematizada, de plano de qualificação e Educação Permanente das equipes para gestão e atenção na RUE;

8. Criação de estratégias para garantir a alimentação das informações relevantes, com vistas a avaliar o desempenho da RUE.

Ultrapassada essa primeira etapa, concentrada no processo de planejamento e estruturação dos planos de ação da RUE, que têm consumido os esforços gestores em todos os níveis, inicia-se o momento de reavaliação do processo assistencial de cada componente, no sentido de atingir a qualificação necessária para a resolutividade e a atenção integral e em rede dos usuários.

Nessa direção, sob o ponto de vista das deficiências constatadas e da fraca indução de mudança do modelo assistencial, os três anos de formulação e implementação da RUE têm exigido, por parte dos três níveis de gestão, uma profunda reflexão sobre a forma de implementação do SUS nas várias regiões de saúde. Observa-se que a implantação do conjunto dos componentes da RUE não se fez acompanhada, na mesma medida, do processo de modificação do modelo assistencial em direção a uma atenção integral, resolutiva, qualificada e centrada no usuário. Deve-se destacar, ainda, a relevância da Atenção Básica em Saúde, assumindo o papel de ordenadora e coordenadora dos sistemas de saúde. É necessário avançar neste sentido, dando, de fato, um salto em qualidade.

Ademais, os processos e sistemas de regulação necessitam de forte inflexão, tornando-se prioridade para os gestores de saúde. A noção de que, sem uma regulação organizada, com base em critérios técnicos, regionalizada e integrada, não há garantia de um percurso sem percalços do usuário pela RAS deve ser basilar na construção das redes. Os Complexos Reguladores, como previstos na Política de Regulação do MS, precisam ser implementados, garantindo a integração entre os diversos componentes da RUE.

Conforme verificado ao longo deste artigo, esse processo de implementação da rede de atenção às urgências foi permeado de dificuldades, com vários compromissos

assumidos no planejamento expressos nos PAR e pactuados pelo conjunto de gestores envolvidos, e não efetivados total ou parcialmente, levando os Grupos Condutores Estaduais e o próprio Ministério da Saúde à reavaliação das estratégias de implementação, no limite, chegando à suspensão de parte dos recursos já repassados.

Verificou-se que essa situação tem sido enfrentada no processo de implantação de todas as redes temáticas priorizadas, e na maior parte dos estados e regiões brasileiras. Desse modo, o tema da avaliação da implantação das redes foi debatido amplamente em duas reuniões da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), gerando novas orientações e perspectivas, concluindo-se que esse processo deve ser mais bem articulado entre os gestores e com maior integração e engajamento dos diferentes estabelecimentos de saúde no seu planejamento.

A despeito dos percalços e dos desafios a serem superados, a RUE, assim como o conjunto das outras redes temáticas, se constitui em avanço para o SUS, no sentido de dar respostas mais adequadas às necessidades de saúde da população brasileira. Entretanto, conclui-se, a partir das avaliações empreendidas, que o repasse de recursos financeiros, por si só, não garante a efetivação das redes de atenção. É imprescindível a atuação sinérgica, integrada e pactuada entre gestores, bem como planejamento, monitoramento e acompanhamento contínuos por parte dos grupos condutores, que congregam as diversas instâncias do SUS, para a garantia da

implementação efetiva da RUE, bem como para o aprimoramento dos processos assistenciais e gerenciais.

Na saúde, não há processo gestor exitoso se não se considerar uma postura e uma atuação participativas, principalmente em nível regional. As palavras de ordem têm que ser a constância e a persistência nos processos de discussão, pactuação e negociação solidárias e cooperativas. Apenas com o fortalecimento dos sistemas loco-regionais, com firme vontade política, aliada ao conhecimento técnico, e com a apropriação de ferramentas gerenciais adequadas, pode-se promover mudanças efetivas nos processos e monitorar o desenvolvimento das redes, com aprimoramento constante.

Por fim, conclui-se que, apesar dos avanços, com alguns resultados relevantes no processo inicial de implantação da RUE, há ainda muito a ser aprimorado, e uma série de dificuldades a serem superadas com criatividade e espírito inovador, para se engendrar novos arranjos de gestão e governança para as redes, e novas práticas assistenciais, de forma a se transformarem em uma nova cultura institucional na saúde.

E, contanto que haja um aprimoramento de todos os processos gestores e uma maior responsabilização dos atores envolvidos, a perspectiva é a de que, em breve, de forma majoritária no País, haja serviços de saúde mais efetivos por conta de uma atuação em rede, proporcionando aos usuários uma atenção de qualidade e resolutiva, objetivo final de todo este processo em curso. ■

Referências

- BRASIL. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde – FN-SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011e. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7616.htm>. Acesso em: 30 mar. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 20 abr. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1663, de 06 de agosto de 2012. Dispõe sobre o Programa SOS Emergências no âmbito da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html>. Acesso em: 19 abr. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.338, de 03 de outubro de 2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1663_06_08_2012.html>. Acesso em: 10 abr. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html>. Acesso em: 06 abr. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 342, de 04 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html>. Acesso em: 20 abr. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 18 mar. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 20 abr. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1818>. Acesso em: 17 abr. 2014.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar. *Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Domiciliar*. Brasília: Ministério da Saúde, v.1, 2012b.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. supl. 2, p. S331-S336, 2004.

JAIME, P. C. et al. Brazilian obesity prevention and control initiatives. *Obes Rev*. New York, v. 14, n. supl. 2, p. 88-95, nov. 2013.

LEE, I. M. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, Londres, v. 380, n. 9838, p. 219-229, 21 jul 2012.

MALTA D. C.; SILVA JÚNIOR., J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 151-164, jan./mar. 2013.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JÚNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 20, n. 4, p. 42-438, 2011.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization, 2011.

Saúde Sem Limite: implantação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência

Healthcare Without Limits: deployment of Health Care Network for people with Disabilities

Vera Lucia Ferreira Mendes¹

RESUMO Iniciada em 2012, na condição de política pública estruturante do SUS, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência representa o reconhecimento de um direito social fundamental das pessoas com deficiência. Traz desafios e responsabilidades em relação aos modos de produzir cuidados e acesso qualificado à saúde para as pessoas com deficiência e mobilidade reduzida, por meio da construção de linhas de cuidado que atravessam os vários componentes da atenção à saúde. O modo ascendente pelo qual a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência foi construída, em sua configuração normativa, técnico-científica e de financiamento, é expresso pela participação efetiva dos movimentos sociais das pessoas com deficiências; da comunidade científica; e dos profissionais e gestores locais e regionais de saúde, favorecendo a apropriação e a implicação por parte daqueles atores.

PALAVRAS-CHAVE Pessoas com deficiência; Reabilitação; Atenção à saúde; Políticas públicas de saúde.

ABSTRACT *In 2012, Health Care Network for People with Disabilities was deployed as a structuring public policy of SUS, and today it represents the recognition of a fundamental social right of people with disabilities. The Network brings challenges and responsibilities in relation to the ways of producing health care and access for people with disabilities and reduced mobility, through the careful construction of guiding lines that cross the various components of health care. The bottom-up mode used to build Health Care Network for People with Disabilities, with its normative, scientific-technical and funding setting is expressed by the effective participation of social movements of people with disabilities; the scientific community; and health professionals and managers, local and regional, favoring appropriation and involvement by those stakeholders.*

KEYWORDS *Person with disability; Rehabilitation; Health care; Public health policies.*

¹ Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) – São Paulo (SP), Brasil. Professora assistente da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) – São Paulo (SP), Brasil. Coordenadora Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Departamento de Ações Estratégicas em Saúde, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
vera.mendes@saude.gov.br

Estigmas e discriminação marcaram as pessoas com deficiência ao longo da história e ainda persistem como problemática a ser enfrentada na luta por direitos e pertença social. Reconhecer e compreender tais circunstâncias na vida e nas reivindicações dos movimentos das pessoas com deficiência é imprescindível à produção de políticas públicas capazes de avançar em termos de direitos sociais e de ofertas adequadas de serviços a essa população.

A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2007) é, talvez, a primeira proposição abrangente e com alcance internacional que assume, mais efetivamente, as referidas circunstâncias como dimensões relevantes à conquista e à defesa de direitos das pessoas com deficiência. Não por acaso, a Convenção estimula ou inspira mudanças paradigmáticas nas agendas das políticas públicas que querem garantir direitos às pessoas com deficiência, por exemplo, por meio da afirmação de que a deficiência é parte da condição humana e de que faz parte da variedade e da diversidade de possibilidades de efetuação da espécie humana. Aliás, quase todas as pessoas, em algum momento da vida, vão experimentar, de modo permanente ou temporário, dificuldades funcionais que impeçam ou limitem sua realização e sua participação em determinadas atividades sociais.

Nessa direção, aprofunda-se a compreensão de que os fatores orgânicos (de função e estrutura do corpo) e ambientais (condições de acessibilidade arquitetônica, comunicacional e atitudinal), bem como as condições socioeconômicas e de acesso à saúde, educação, trabalho e renda têm enorme impacto na constituição dos significados das deficiências e na vida das pessoas com deficiência.

No Brasil e com participação ativa de vários setores da sociedade (gestores, especialistas, pesquisadores e movimentos sociais), o Estado subscreve a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, atribuindo-lhe estatuto constitucional (BRASIL,

2009), o que impõe o desafio de formular políticas públicas capazes de garantir, entre outros itens, a autonomia e a ampliação do acesso à saúde, à educação e ao trabalho, a fim de melhorar as condições de vida das pessoas com deficiência física, mental, intelectual, sensorial ou múltipla, eliminando barreiras que obstruem a participação efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas.

Em linha com a Convenção, o governo brasileiro, pela primeira vez, assume o desafio de construir políticas abrangentes, lançando o Viver sem Limite: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2011). Contando com a participação de 15 pastas ministeriais, inicia-se a estruturação de políticas públicas consistentes, direcionadas às pessoas com deficiência, por meio de ações e metas, em quatro eixos: saúde, educação, acessibilidade e inclusão social.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde institui a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, na condição de rede prioritária do SUS (BRASIL, 2012A). Tal Portaria estabelece as bases normativas ao cuidado das pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua.

Vale pontuar, de saída, que o processo de formulação das políticas de saúde no Brasil, a partir do SUS (1988), orienta-se pelos princípios da ‘universalidade’, na condição de promoção de acesso qualificado à saúde para todos; da ‘equidade’, como estratégia para acolher diferenças e enfrentar desigualdades; e da ‘integralidade’, como articulação transversal entre os pontos de atenção da Rede SUS e outros equipamentos sociais (educação, proteção social, esporte, cultura, trabalho); articulação baseada na escuta das necessidades concretas dos usuários do sistema e nas condições sociais e sanitárias dos territórios.

Na Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, além dos desafios implicados com a efetivação prática dos princípios e

diretrizes do SUS, foi imperativo considerar, também, dimensões específicas, que permitissem de fato realizar as mudanças necessárias às práticas e ao modelo de atenção à saúde dessas pessoas, rompendo com a lógica da institucionalização e do isolamento social, bem como da fragmentação dos cuidados, indo na direção da promoção da autonomia, da inclusão social, da superação da atomização dos cuidados e dos especialismos tecnicistas e/ou pseudocientíficos que, com frequência, permeiam a lógica da reabilitação em nosso País.

Sendo assim, é preciso pensar a saúde das pessoas com deficiência

(...) como produção social na alteridade e, sobretudo, como escuta ao outro (...), reconhecendo que a construção do cuidado se faz nas relações, nas conversações entre sujeitos – usuários, profissionais, gestores (SOUZA, 2014, P.153).

Faz-se, também, na conjunção e na convergência de conhecimentos e saberes desses diferentes atores, o que torna fundamental a participação das pessoas com deficiência em todos os níveis de seus processos de cuidado, como elas próprias enunciam em suas reivindicações: ‘nada de nós sem nós!’. É isso mesmo. Elas são as protagonistas desse processo e, mais amplamente, de suas vidas. Sem essa percepção, não será possível evitar que nossas práticas de saúde gerem uma

espécie de inclusão excludente; aquela que, formalmente, respeita direitos, mas mantém discriminação e exterioridade, sobretudo porque impede ou limita a relação entre as diferenças no campo social (SOUZA, 2014, P.143).

A proposta de uma política de reabilitação no âmbito do SUS, levada a cabo pela Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, definiu como premissas ou horizontes e contribuições da ação em saúde:

- A promoção da autonomia e a inclusão das pessoas com deficiência;
- O enfrentamento de estigmas e preconceitos, promovendo o respeito pela diferença e a participação efetiva das pessoas com deficiência nos diversos campos sociais;
- A garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- Diversificação das estratégias de cuidado;
- Desenvolvimento de atividades no território, favorecendo a inclusão social com vistas à promoção da autonomia e ao exercício da cidadania;
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- Organização dos serviços em Rede de Atenção à Saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção de projetos terapêuticos singulares;
- Desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação;
- Garantia de acesso à reabilitação, em busca da reinserção das pessoas com deficiência no campo do trabalho, da educação e da vida social;

- Promoção de mecanismos de Educação Permanente aos profissionais de saúde;
- Desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde, em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- Produção de oferta de informações sobre direitos das pessoas com deficiência, medidas de prevenção e cuidado, e sobre os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e diretrizes de cuidado à pessoa com deficiência;
- Organização das demandas e dos fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência;
- Construção de mecanismos de monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços.

Conforme a Portaria 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012A), os cuidados à pessoa com deficiência devem ser estabelecidos a partir da lógica de Atenção em Redes de Cuidado, que são organizadas a partir dos componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação; Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Os componentes da atenção precisam ser articulados entre si para garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção à saúde.

Em complemento à Portaria 793, foi publicada a Portaria 835, de 25 de abril de 2012 (BRASIL, 2012B), que institui incentivos financeiros aos Centros Especializados de Reabilitação (CER) e às Oficinas Ortopédicas. Também integram as ferramentas técnicas e normativas da Rede: - Instrutivo de normas técnicas para habilitação de serviços; - Manual de ambiência, com normas de acessibilidade às unidades de saúde;

- Diretrizes de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, que orientam os profissionais da Rede SUS sobre as especificidades do cuidado à saúde das pessoas com deficiência, garantindo adequado acolhimento, diagnóstico e tratamento.

Segundo tais normas, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência quer assegurar acompanhamento e cuidados às pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, visual, múltiplas, ostomias e transtornos do espectro do autismo. A ideia é criar um conjunto de serviços, bem como adequar os existentes, para ampliar o acesso com qualidade em todos os componentes da Rede: Atenção Básica, especializada e hospitalar, Urgência e Emergência, de modo articulado e regulado. Como já mencionei em outra publicação (MENDES, 2014), os serviços serão organizados em base territorial, operando para:

- Estabelecerem-se como lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomias e múltiplas deficiências e do espectro do autismo;
- produzir, em conjunto com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial, na rede de atenção, um Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas, e com foco na produção da autonomia e no máximo de independência em diferentes aspectos da vida;
- garantir que a indicação de dispositivos assistivos deva ser criteriosamente escolhida, bem adaptada e adequada ao ambiente físico e social, garantindo o uso seguro e eficiente dessas ferramentas;
- melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência

em seu ambiente social, através de medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional, da melhora ou recuperação da função; da compensação da função perdida; e da manutenção da função atual;

- estabelecer fluxos e práticas de cuidado à saúde contínua, coordenada e articulada entre os diferentes pontos de atenção da rede de cuidados às pessoas com deficiência em cada território;
- realizar ações de apoio matricial na Atenção Básica, no âmbito da Região de Saúde de seus usuários, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;
- articular-se com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (Suas) da Região de Saúde a que pertença, para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário;
- articular-se com as Redes de Ensino das Regiões de Saúde para identificar crianças e adolescentes com deficiência e avaliar suas necessidades; dar apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência.

Essa busca da garantia do acesso universal à saúde depende de serviços e padrões técnicos bem definidos. Por isso, os principais pontos de Atenção Especializada em Reabilitação foram delineados na Rede da seguinte forma:

- Centro Especializado de Reabilitação (CER): serviço de referência regulado, que presta atenção especializada às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável;

intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo. É o lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação, produzindo, em conjunto com os usuários, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, um Projeto Terapêutico Singular, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo:

- a. Prescrição, adaptação e manutenção de dispositivos e tecnologias assistivas com foco na produção da autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida;
- b. Ações de habilitação/reabilitação com vistas a melhorar a funcionalidade e promover a inclusão social das pessoas com deficiência em seu ambiente social, através de medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional, da melhora ou recuperação da função; da compensação da função perdida; e da manutenção da função atual;
- c. Realização de ações de apoio matricial, compartilhando a responsabilidade com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde;
- d. Articulação com a Rede do Sistema Único de Assistência Social (Suas) da Região de Saúde a que pertença para acompanhamento compartilhado de casos, quando necessário;
- e. Articulação com a Rede de Ensino da Região de Saúde a que pertença, para identificar crianças e adolescentes com deficiência e avaliar suas necessidades; dar apoio e orientação aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência.

f. Critérios de Habilitação do CER e Tipologia: para que um CER possa ser habilitado pelo Ministério da Saúde (MS), é necessário que o gestor Estadual ou Municipal, por meio da implementação de grupo condutor da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, elabore Plano de Ação (regionais e Estadual), definindo necessidades e prioridades de cada região, e cumpra os requisitos técnicos de qualidade assistencial definidos pelo MS (ver Instrutivos de reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual). Os CER se diferenciam a partir das modalidades de reabilitação que serão implementadas: auditiva, física, intelectual e visual. O CER II contempla duas modalidades de deficiência; o CER III, três modalidades, e o CER IV, as quatro modalidades.

- **Oficinas Ortopédicas:** realizam a confecção e a manutenção de órteses sob medida e ajustes das próteses para cada usuário. Para que a pessoa com deficiência tenha um ganho de autonomia concreto no uso de tecnologias assistivas, é necessário que as órteses, prótese e meios auxiliares de locomoção (OPM) sejam adequadamente indicados e adaptados. As equipes do CER e das Oficinas Ortopédicas vão trabalhar para garantir que a indicação de dispositivos assistivos seja criteriosamente definida, bem adaptada e adequada ao ambiente físico e social, garantindo um uso seguro e eficiente.
- **Uso do Veículo Adaptado:** o transporte sanitário poderá ser utilizado por pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencionais ou que manifestem grandes restrições ao

acesso e uso de equipamentos urbanos. Esse tipo de serviço será prestado através dos micro-ônibus e furgões adaptados, disponibilizados pela Rede. É o que chamamos de serviço ponto a ponto; serviço que se caracteriza por ofertar às pessoas com deficiência, com alto grau de dependência, embarque em suas residências ou em locais próximos e desembarque nos Centros Especializados em Reabilitação, promovendo o acesso ao tratamento ofertado pelos Centros Especializados de Reabilitação. Os fluxos, bem como os horários e as rotas desses veículos, naturalmente, serão definidos pelos gestores locais.

Essas muitas ações, os dispositivos e estruturas mostram que a nova Rede, embora muito recente, está em processo intenso e acelerado de implantação pelo País, por meio de pactuações e conversações por dentro do SUS e com a sociedade civil. Isso representa a materialização de uma conquista histórica em termos de direitos sociais e, neles, de acesso qualificado das pessoas com deficiência à saúde. Nessa medida, (re)afirmamos que

a implicação de tais atores e a disposição em fazer uma política pública pluralista e produzida de forma ascendente, isto é, com a participação direta da sociedade, foram e são decisivas para que, de fato, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência se consolide como conquista da cidadania brasileira, indo ao encontro da maior conquista brasileira no campo da saúde: o SUS, e se inserindo na busca da produção qualificada de saúde, com oferta de cuidados pautada pela integralidade da assistência; pela universalidade do acesso; pela equidade do cuidado; e pelo controle social (CAMPOS; SOUZA; MENDES, NO PRELO). ■

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 793, de 24 de abril de 2012, Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 abr. 2012a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 07 de setembro de 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 835, de 25 de abril de 2012, Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente de Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 abr. 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html>. Acesso em: 07 de setembro de 2014.
- _____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 ago. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 07 de setembro de 2014.
- _____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto 7.612, de 17 de novembro de 2011, Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 nov. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm>. Acesso em: 07 de setembro de 2014.
- CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS. *Interface – comunicação, saúde, educação*, Botucatu. No prelo.
- MENDES, L. F. M. Da “narrativa da dificuldade” ao diálogo com a diferença: a construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 37-68.
- SOUZA, L. A. P. O outro do outro: biopotência da diferença na saúde das pessoas com deficiência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 133-150.

Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde

Live Networks: multiplicities turning beings, signals from the streets. Implications for care production and the production of knowledge in health

Emerson Elias Merhy¹, Maria Paula Cerqueira Gomes², Erminia Silva³, Maria de Fátima Lima Santos⁴, Kathleen Tereza da Cruz⁵, Tulio Batista Franco⁶

¹ Professora pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professor Titular de Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Macaé (RJ), Brasil. emerson.merhy@gmail.com

² Doutora em Psiquiatria e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora. Adjunta do Instituto de Psiquiatria na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. paulacerqueiraufrij@gmail.com

³ Doutora em História Social pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professora da Linha Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. mina.silva@gmail.com

⁴ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora. Adjunta de Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Macaé (RJ), Brasil. fatimalima4@gmail.com

⁵ Doutoranda em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Professora. Assistente de Saúde Coletiva na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Macaé (RJ), Brasil. keke.kathleen@gmail.com

⁶ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil. Professor Associado de Saúde Coletiva na Universidade Federal Fluminense (UFF), Rio de Janeiro (RJ), Brasil. tuliofranco@gmail.com

RESUMO Sintetizamos as experiências recolhidas por um grupo de pesquisadores vinculados a Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, da Pós-Graduação de Clínica Médica - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a partir de suas investigações sobre a produção do cuidado em saúde, em diferentes contextos de práticas. Destacamos as ações do que chamamos de ‘Sinais que vêm da rua’ e as construídas no estudo sobre as Redes Temáticas de Cuidado, que têm como princípio a ideia de avaliar quem pede tais ações, quem as faz e quem as utiliza. O elemento de destaque e analisador central de nossas aprendizagens no campo da produção do cuidado e do conhecimento em saúde é a noção de Rede Viva como modo de produção das conexões existenciais de indivíduos e coletivos, em diferentes contextos de grupalidade e modos de viver, socialmente.

PALAVRAS-CHAVE Pesquisa qualitativa; Assistência centrada no paciente; Trabalho; Saúde pública.

ABSTRACT We synthesized the experiences gathered by a group of researchers affiliated with Labor Micropolitics and Health Care, from Medical Clinic postgraduate school - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), from their investigations on the production of health care in different contexts of practice. We highlighted the actions of what we call ‘Signals coming from the street’ and the ones built in the study of the Thematic Care Networks, which have as a principle the idea of evaluating who asks, who makes and who uses them. The major element and central analyzer of our learning in the field of care provision and health knowledge is the idea of Live Networks as a way of producing existential connections of individuals and groups in different contexts of groupality and ways of living, socially.

KEYWORDS Qualitative research; Patient-centered care; Work; Public health.

Introdução

Andando ao longo de uma linha de trem, observo meio perplexo o vagar das pessoas de um lado para outro. Parece um formigueiro, muita gente. Encontros, desencontros. Muita gente convivendo com sujeira, esgoto a céu aberto, ratos, baratas passando em cima das pessoas. Parte de mim se surpreende não pelo visto, mas pela intensidade do vivido. Vejo um longo, velho e sujo muro, cheio de lixo, com um buraco no meio. Percebo um entra e sai, um movimento diferente, mas calmo. Vou até lá... Dentro do buraco, uma cor forte na parede, um lugar limpo e arrumado onde as pessoas namoravam. Como assim? É possível ter vida naquele lugar? (Trecho adaptado de um depoimento de um aluno do Programa de Educação para o Trabalho PET – Saúde/Saúde Mental/Crack, Álcool e outras Drogas – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ).

A situação está cada vez mais difícil! A gente atende, acompanha por um tempo e, de repente, a pessoa some. De um dia para a noite, ela simplesmente some, desaparece, sem deixar vestígios! Seus companheiros da rua estão muito assustados. De vez em quando, um desaparece! (Fala de um profissional de Saúde de um Consultório de Rua).

As ruas compõem, por excelência, desde a modernidade, um crescente e vertiginoso espaço de multiplicidades. A ideia de multiplicidade é trabalhada por Deleuze e Guattari (1995, p. 14) no sentido de que

é preciso fazer o múltiplo, não acrescentando sempre uma dimensão superior, mas, ao contrário, da maneira simples, com força de sobriedade, no nível das dimensões de que se dispõe, sempre n-1. Somente assim que o uno faz parte do múltiplo, estando sempre subtraído dele.

Nessa situação, ao contrário de operar

por uma soma das partes, faz-se interessante pensar que a variável ‘n’ comporta uma multiplicidade onde, a todo e qualquer instante, pode ser subtraída desta uma determinada singularidade, que continua em conexão com o conjunto.

No campo da saúde podemos tomar, na apreensão dessa oferta, o caso do *diabetes mellitus*. Quando algum usuário é diagnosticado como diabético, essa informação sobressai e apaga tudo aquilo que as pessoas podem ser além de portadoras dessa ‘doença’, como poderia ser o caso desse n-1 que, por exemplo, poderia ser também mãe ou pai, filho ou filha, dançarino, apreciador de comidas, amante de música, enfim. De um modo geral, nesse campo, essa mesma lógica se repete em vários outros fronts do mundo do cuidado, como, por exemplo, no caso dos usuários de álcool e outras drogas, bem como com pessoas que vivem ou que têm nas ruas seus espaços privilegiados de existência. Trabalhar as multiplicidades é trazer para o campo do cuidado as singularidades dos sujeitos (-1) e suas possibilidades (n) existenciais, como Redes Vivas em produção.

No auge do século XIX, as ruas se metamorfosearam, traduzindo-se em complexidades contemporâneas. A atualidade

[...] mostra um quadro de contrastes exacerbado pela heterogeneidade e desigualdade social e cultural, pela fragmentação e compartimentação de espaços de moradia e vivência, pela violência, pela degradação e perversa distribuição dos equipamentos coletivos. Centro e periferia, favelas e condomínios fechados, mercado de ambulantes e shopping centers, cortiços e mansões, o carro individualizado e transporte público deficiente, o desperdício e a miséria... a lista de contrastes parece não ter fim. [...] o romantismo anacrônico pensa em ‘rua, suporte de sociabilidade’, nesse contexto. No entanto, tudo depende de que rua se está falando. Certamente não é a rua unívoca, definida a partir do eixo

classificatório unidimensional (vias expressas, coletoras, locais, binárias etc.), dado pela função de circular. A rua que interessa e é identificada pelo olhar antropológico é recortada desde outros e variados pontos de vista, oferecidos pela multiplicidade de seus usuários, suas tarefas, suas referências culturais, seus horários de uso e formas de ocupação [...] (MAGNANI, 2003, [S. P.]).

É essa a rua que nos interessa. A rua que comporta alegrias, dores, dissabores, desafios. Preenchida por signos e diferentes sentidos, a rua é lugar de múltiplos sinais, que acabam sendo naturalizados nos encontros com as alteridades. De muitas maneiras, os sinais que vêm da rua nos invadem porque também somos a rua. Cravados de tensões constitutivas entre produção de vida e morte, presentificam-se, no cotidiano do andar a vida de todos nós. Sentimentos como medo, compaixão, horror, desprezo, piedade, generosidade, interesse, curiosidade, todas essas afecções circulam entre nós sem pedir licença. Muitas vezes, é precisamente a partir desses sentimentos que somos levados a pensar formas de aproximação e/ou afastamento desses sinais e, conseqüentemente, da forma como entramos em conexão ou não com essas vidas.

E o que nós, trabalhadores da saúde, temos a ver com isso? Os trabalhadores da saúde não estão livres dessas afecções. Ao contrário, muitas vezes, é com base nelas que a produção do cuidado é construída.

De forma muito frequente, o mundo da rede de cuidados é pautado pela ideia de uma forte centralidade nas suas próprias lógicas de saberes, tomando o outro que chega a este mundo – o usuário – como seu objeto de ação, como alguém desprovido de conhecimentos, experiências. Nesse encontro só há espaço para reafirmar o já sabido, o saber que eu porto em relação ao outro, a maneira que o profissional da saúde considera ser a ‘correta’, discursando para aquele que nada

sabe sobre qual é o modo ‘mais saudável, a melhor forma de viver’. Esse encontro, assimétrico, e sua assimetria não provêm do fato de não incluir a diferença, mas de transformar as diferenças em desigualdades de saber e de formas de vidas, onde há uma propriedade exclusiva de certo saber de alguns em relação aos outros (MERHY, 2009).

Nisso, as lógicas reproduzidas na maioria dos serviços de saúde operam ainda em cima do campo das profissões, procedimentos e protocolos; uma lógica burocrática organizacional a partir do apagamento da multiplicidade das dimensões e das éticas existenciais que perfazem os sujeitos sociais.

O olhar para o outro é sempre previsível, é possível prever o que vai ser encontrado. Essa previsibilidade produz certa invisibilidade da produção da multiplicidade de vidas que vazam dos sinais que vêm da rua, sobretudo no campo da saúde. Ao passar pela porta de um serviço de saúde, parece que esse outro é convidado a deixar toda vida que traz da rua do lado de fora.

Entretanto, faz-se necessário ressaltar que os usuários, enquanto redes de existências, produzem-se ‘em-mundos’, ‘in-mundizam-se’ (GOMES; MERHY, 2014), constituindo certas formas éticas existenciais e certos modos de conduzir, por si, também a produção de cuidado, disputando o tempo inteiro com as outras diferentes lógicas de existir, em si, e que lhes são impostas pelas instituições. Os usuários produzem modos de existências que são, muitas vezes, julgados e cerceados pelas equipes de saúde, e estas ficam aprisionadas a um modo de saber tão preponderante, que não possibilita perceber que certas atitudes, comportamentos, expressões são modos de existência, ainda que se apresentem cheios de tensões e problemas.

Nesse sentido, temos uma dobra que opera a todo instante a partir de tensões constitutivas, que põe usuários e serviços em negociação. As ruas são, entre tantos territórios existenciais, um lugar onde as existências

atuam e se produzem como Redes Vivas. Quando usuários adentram os serviços de saúde, junto de si carregam um mundo de possibilidades, muitas vezes esvanecidas, que, como apontamos, pedimos para ficar do lado de fora.

O interessante é perceber que os trabalhadores de saúde que operam nas ruas – fora do campo da saúde *stricto sensu*, no interior dos estabelecimentos consagrados – e os que atuam no campo da cultura, das artes e da educação nos seus encontros, ofertam uma experiência de ‘transver’ o real, como nos diz o poeta Manoel de Barros. Quem está fora do ‘muro institucional’ da saúde, como nestes casos, percebe o quanto essa população atendida tem uma rede existencial rica, e até mesmo que várias delas têm passagens por outros campos como o da arte-educação, o da música, o do circo social, o do teatro. Passam por outras conexões, além das próprias redes de existências que cada um fabrica no encontro com um outro qualquer.

Isto é invisível para a área da saúde, que se encastela nos muros do próprio campo e, muitas vezes, restringe o olhar sobre quem vem para o serviço, fixando-se no mesmo e não ousando sair do muro/mundo. A principal estratégia é trazer o mundo para dentro dos serviços, criar outros mundos lá dentro, e não sair do campo da saúde, subsumindo o mundo das experiências às lógicas epistemológicas e metodológicas do campo. Algumas de nossas pesquisas, com base na cartografia dos movimentos nômades de certos usuários guias, têm revelado quanto o desconhecimento sobre o outro é produzido nas redes formais de saúde (GOMES; MERHY, 2014). De modo muito frequente, os profissionais de saúde não conhecem as várias existências que cada uma dessas pessoas tem quando atravessa o muro, passa pela calçada dos serviços e ganha os mundos. De forma bem frequente, é possível observar que os usuários constroem suas próprias redes com diferentes conexões. No campo do cuidado em saúde mental, esta

situação é uma característica muito marcante. O (seu) usuário é um nômade pelas redes de cuidado e um forte protagonista de sua produção (LANCETTI, 2006). O território tomado como produção de agenciamentos, majoritariamente desconhecido pelas equipes de saúde, instaura uma rede rizomática não linear, que não se apresenta capturada em um território único, em um espaço geográfico definido. Como um nômade, o usuário produz e protagoniza, de forma singular, os acontecimentos, no seu processo de cuidado. Nômade na produção de sua vida e, por isso mesmo, capaz de circular em territórios muitas vezes imperceptíveis para as equipes de saúde, construindo múltiplas conexões na vida. Esta forma de circulação dos usuários, tecendo suas próprias redes de sociabilidades e cuidado, comporta movimentos de desterritorialização, que afetam e convidam as equipes a esta mesma experimentação desterritorializante. Mas, aceitar este convite e sair de territórios pré-concebidos que estabelecem ‘repertórios de cuidado’ marcadamente definidos, cujos rastros remetem ao já-conhecido (por exemplo: rastros do especialismo de cada profissão e de suas respectivas competências) não é tarefa simples (GOMES; MERHY 2014, P. 28).

Redes Vivas e conexões existenciais. Analisador

As ruas, como tomadas em nossas reflexões, traduzem-se como diferentes. Isso nos permite pensar que a discussão de redes de cuidado em saúde, olhada a partir da macropolítica, tem baixa potência, por não abarcar a dimensão micropolítica das experiências cotidianas, onde

[...] toda sociedade, mas também todo indivíduo, são pois atravessados pelas duas segmentaridades ao mesmo tempo: uma molar e outra molecular. Se elas se distinguem, é

porque não tem os mesmos termos, nem as mesmas correlações, nem a mesma natureza, nem o mesmo tipo de multiplicidade. Mas, se são inseparáveis, é porque coexistem, passam uma para a outra [...]. Em suma, tudo é político, mas toda política é ao mesmo tempo macropolítica e micropolítica (DELEUZE; GUATTARI, 1996, P. 90).

Trazer o micropolítico é trazer os lugares onde as existências furam os muros institucionais, conectando relações com o fora, que é constitutivo dos processos; processos estes intensamente produtores de novos sentidos no viver e no conhecimento. É trazer o lugar dos processos de encontros e suas atualizações das relações de poder. É trazer a micropolítica do encontro e a produção viva das redes de conexões existenciais, multiplicidades em agenciamento.

Vale apontar que a ideia de redes não é algo novo no Sistema Único de Saúde, apesar de, na atualidade, o conceito de rede pautar os discursos e práticas dos campos institucionais nas três esferas federativas. Na Constituição Federal, de 1988, o artigo 198 já dispunha que as ações e serviços de saúde integravam uma rede regionalizada e hierarquizada. Nos últimos anos, o debate tem crescido tanto no panorama brasileiro quanto na América Latina, onde

a proliferação de redes de gestão é explicada por uma multiplicidade de fatores que atuam simultaneamente, conformando uma nova realidade administrativa (FLEURY; OUVENEY, 2007, P. 9).

Além do campo da gestão no sentido mais amplo, a discussão de redes tem pautado os campos da comunicação, da psicologia e da sociologia, entre outros que se interessam, das mais diferentes formas, por conceituar o que vem a ser as redes e/ou as sociedades em redes (DELEUZE, 2002).

No campo das políticas de saúde pública não tem sido muito diferente. Quando o

Ministério da Saúde expressa uma formulação sobre essa discussão, indica uma rede inteira, sólida, como se fosse um controle de governabilidade extenso. Sugere uma modelagem de algo analógico, que pudesse ter toda sua previsibilidade definida e, portanto, manejável dentro dessa racionalidade.

Entretanto, as Redes Vivas são fragmentárias e em acontecimento, hipertextuais, ou seja, às vezes são circunstanciais, montam e desmontam, e às vezes elas se tornam mais estáveis, mas comportam-se mais como lógicas de redes digitais, que podem emergir em qualquer ponto sem ter que obedecer um ordenamento lógico das redes analógicas, como um hipertexto. Assim, uma rede institucionalizada como analógica – como a noção de rede primária e secundária de cuidado –, pode ser disparadora, mas ela vai se encontrar e ser atravessada por inúmeras outras redes, de outros tipos não analógicos (MERHY, 2013A).

Além disso, essa rede pode ser a disparadora, mas o usuário pode estar sendo acompanhado por outros serviços ou ofertas de ações não do campo da saúde, devido às características do problema, que vai pedindo outras conexões. Neste sentido, é um processo vivo, inclusive porque a própria conexão entre as redes – hipertextuais (digitais), existenciais e institucionais, que ocorrem sem que tenhamos controle absoluto sobre elas – não deixa de ser uma questão para as apostas em um território de cuidado específico. Esse é um ponto que precisa ser levado em consideração.

Outra discussão que se soma a esta é a ideia de que os usuários são Redes Vivas de si próprios; estão o tempo inteiro produzindo movimentos, elaborando saberes, construindo e partilhando cuidados. Quem pede as redes, na maioria das vezes, são os/as usuários/as e a rede não está já dada feito um arcabouço a ser preenchido de forma protocolar, pois vão em acontecimentos sendo tecidas.

Os de fora das redes instituídas – como as

ruas – são, nesse sentido, lugares agenciadores, produtores de redes e conexões. Nestes cenários, marcados por códigos específicos e plurais, a solidariedade, as trocas, os compartilhamentos, assim como as disputas e desavenças, vão indicando a produção de vida. São o furo no muro das designadas ‘cracolândias’ onde, ao contrário do pensamento preponderante, o que se descortinou foi um ‘cantinho limpo e arrumado onde as pessoas namoram’, ali no buraco, conforme o relato que abre este texto.

Este é, para nós, um dos pontos nevrálgicos dos processos de produção do cuidado em saúde: a anulação das possibilidades de vidas que habitam os sujeitos e sua substituição por estigmas ou produções identitárias universais, que passam a representar as existências e as apostas terapêuticas. O melhor exemplo disso é que as pessoas que vivem nas ruas ou que têm nas ruas espaços de sobrevivência, de trabalho, de vida, ao mesmo tempo em que carregam essas experiências de vida são paradoxalmente estigmatizadas: prostitutas, travestis, crianças em situação de rua, usuários de álcool e outras drogas nas designadas ‘cracolândias’, enfim. E, como tal, merecem ser governadas por outros.

O que têm a ver as Redes Vivas com o que estamos falando?

No cuidado

O convite que se faz é o de trabalhar com a diversidade de ofertas para dentro do ‘muro do serviço’, ofertas essas vivenciadas pelos usuários nas diferentes vivências de cidadania. Nesse sentido, a proposta é que os trabalhadores da saúde conheçam esse usuário cidadão nas inúmeras existências que ele produz, cruza, dialoga, tenciona, olha, se afeta, cheira, brinca, canta, dança, salta,

equilibra, chora, ri, namora, reza, trabalha – enfim, produz existências desconhecidas e/ou não incluídas nos projetos terapêuticos institucionais.

No entanto, cabe destacar algo muito importante: a proposta de ampliar a visibilidade sobre as inúmeras produções de vida do usuário/cidadão com os vários encontros sociais, culturais que ele produz para fora do muro, que não devem e nem podem ser vistos como ‘projetos terapêuticos do campo da saúde’, com a ideia que sejam uma ‘ação de promoção à saúde’, com objeto definido e um conjunto de ações para ‘promover a saúde’.

Como um exemplo (e apenas um, da enorme relação de produções de outras vidas), temos o encontro de vários usuários em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD) infantil, com a produção da linguagem circense, na sua expressão de circo social. Apesar de alguns serviços de saúde terem conhecimento sobre essas ações, eles desconhecem, muitas vezes, os trabalhos em espaços culturais artísticos – nesse caso, as práticas circenses – na relação de produção de vida nesses usuários. Muitas dessas experiências valorizam o fazer da criança adolescente, independente do ‘diagnóstico’, mesmo quando este usuário é comumente conhecido como ‘dependente químico’. Vários projetos circenses acabam por trabalhar a proposta de redução de danos, sem que por isso se transformem em ‘agentes de saúde’. Neste caso, não é a definição de um campo e sua operacionalidade que define as ações, mas o encontro e a forma como as diferenças são tomadas: prenhe de significados.

Dentre as perguntas que fazemos nesses casos é: como se pode não considerar processos para fora do muro ao desenhar um ‘projeto terapêutico’ para alguém que produz vida brincando, saltando, cantando, dançando? Como pode um único modo de pensar ‘projeto terapêutico’ ser tão definidor

e simplificador da multiplicidade de vidas que o/a usuário/a cidadão/ã produz nos seus cotidianos?

O que se pretende é produzir trocas, conexões, dar-se a conhecer esse usuário que está sendo atendido por um determinado profissional. No encontro, produzir reconhecimento de outros projetos que fazem parte de sua existência, que muitas vezes os profissionais da saúde e educação desconhecem.

Esse é um problema que nos interessa. Re-conhecer, nos sinais que vêm da rua, um conjunto vivo de estratégias, de novas modalidades, formas de criar sentido, de produção de outras redes, de outros territórios existenciais e, com elas produzir outras e diversas redes de conexões. É preciso inventar espaços de encontros entre os trabalhadores das instituições fechadas com os profissionais que atuam em outros espaços na rua. Eles não se conhecem, o que está dentro do muro não sai para calçada, e os que estão fora não conseguem entrar no muro. Eles trabalham com as mesmas pessoas, mas não se dão a conhecer as outras redes as quais estas mesmas pessoas circulam. Os profissionais das 'instituições formais' (educação, saúde e assistência social) estão desconectados com a multiplicidade de existências que eles atendem. Não conhecem como essas pessoas circulam nos diferentes territórios, não têm a noção das existências que estas pessoas têm em outros lugares. Ao tomar e tornar seus lugares institucionais como centro e alvo de suas intervenções, restringem-se a pensar em políticas e ações tão focais, que se distraem ou não conseguem ver a produção da vida, ali onde é potente.

[...] nós apostamos nessas experiências, na conformação de trabalhadores que deveriam, primeiro, se submeter à presença do outro, ou seja, trabalhadores que deveriam se posicionar no mundo do cuidado para serem afetados. Afetados pela presença do outro e, através desse efeito da presença do outro,

poder operar nesse encontro a construção de qualquer coisa que pudéssemos chamar de prática de um cuidado (MERHY, 2009, P. 26).

A possibilidade de promover a ampliação das redes existenciais tem como principal objetivo ampliar os recursos que cada um tem disponível para ir produzindo, isto é, produzir a possibilidade de lançarem mão de leques de opções, de cartas na manga, de vários recursos para ampliar a capacidade de cada um, em suas redes existenciais, irem reinventando as suas existências para enfrentar os vários momentos da vida. A falta de rede de encontros empobrece as possibilidades de mudanças. Quando você se inclui na rede do outro, pode contribuir para novos agenciamentos por ser um a mais destas redes, e não ser a única rede que possibilita a potência do outro,

Os sinais que vêm da rua nos convocam a todo instante a um processo de desaprendizagem, do já sabido, do já instituído de nossas velhas práticas para poder apreender novas lógicas produzidas pela perspicácia do viver. É preciso colocar em análise o conjunto de práticas ofertadas por nossas instituições de saúde, educação, assistência social entre outras. Mapear a existência e a invenção de espaços para fora do muro, nos quais os usuários/as também percorrem em suas trajetórias, bem como re-conhecer os ditos informais e os sentidos que são produzidos neles, é uma boa forma de enxergar o quanto esse mundo tem elementos em aberto, não capturados, trabalho vivo em ato dependente e que se expressam como tensões e disputas pelo seu sentido.

Criar situações individuais e coletivas de auto interrogar o próprio sentido do fazer no mundo do trabalho - colocando como sua base a pergunta sobre o que faz com o trabalho vivo em ato, para onde ele é apontado em termos ético-políticos (produz mais vida ou não) - traz também novas perguntas, como, por

exemplo, o que se faz com o que já se sabe fazer e com o que se acha que se deve fazer sobre ou junto com os outros, com quem se encontra no mundo do trabalho.[...] Isso implica colocar entre parênteses, parafraseando Basaglia, o sabido *a priori* que há nesses campos de práticas, para deixar vaziar em cada um e nos outros a nova constitutividade que se tem ao se construir com o outro novas possibilidades para os modos de andar a vida, tomando como base os processos de viver que, de modos perspicazes, são construídos de maneira efetiva por cada um e por qualquer um. Isso permite ser afetado por essas perspicácias e se auto interrogar, inclusive como coletivo que se é. A chance de que se venha a conectar novos processos de produção autopoieticos de vida é alta, mas nunca uma garantia e uma obrigação. O operar em alteridade com o outro na produção do viver implica sempre um disputar, sempre uma tensão. [...] Agir com o outro na interseção dos encontros que ali operam, produzindo modos de viver, talvez seja o sentido mais interessante desses trabalhos. Colocar os saberes tecnológicos a serviço disso no interior dos atos produtivos talvez seja a grande apreensão possível para quem procurar desaprender os modos predominantes desses campos de práticas, se realizarem, hoje, quando a vida virou um objeto de manejo e não uma conexão autopoietica no mundo, como produção coletiva (MEHRY, 2009, P.36).

Essa é a nossa aposta e o nosso convite: re-conhecer a rua em todos e as suas tensões constitutivas, os espaços do entre. Entre as capturas e as linhas de fuga, entre a produção de morte e vida, experiências de resistência, experiências que abrem passagem para a produção de outras formas de andar a vida, capazes de trazer para a cena um conjunto de forças vitais antes impensadas e, jamais localizadas em um único domínio do conhecimento. Estes são alguns dos sinais que a rua tem nos sinalizado e, a partir deles,

nos convocado a pensar sobre as referências que temos inventado para sustentar a defesa de vida de qualquer um. E vocês, que sinais vocês trazem e recebem da rua?

Nas pesquisas sobre a produção do cuidado

Esse re-conhecimento tem alterado de modo significativo nosso modo de construir conhecimento sobre os processos de produção do cuidado, refletido na construção dos estudos que temos realizado de modo compartilhado, com os protagonistas dos processos de cuidado no campo da saúde, diferentes indivíduos e grupos que o constitui.

Em alguns materiais já publicados (GOMES E MEHRY, ORG., 2014) expusemos como esse processo de visibilidade das Redes Vivas, no campo de estudo, implicou em alterações no próprio processo de investigação e na compreensão dos vários regimes de verdade que operam, transversalizando-se nesse campo. Ter que dar conta dessa situação nos levou a ter que ver no outro que está imerso no cotidiano do trabalho em saúde, seja o trabalhador, seja o usuário, um elemento central na construção dos vários conhecimentos constituídos, de modo a dar conta das multiplicidades que operam na constituição dessas Redes Vivas, território das conexões existenciais. Vimos falando disso todo esse material, mas agora vale tirarmos certas necessidades que isso impõe para o desenho dos processos investigativos.

Nessa direção, tivemos que fazer uma inversão no campo de estudo. Deixamos nos guiar pelas trajetórias, pelos caminhos dos indivíduos nas produções de si, na micropolítica dos encontros que compõe a sua existência, e ir identificando os lugares de territorialização e expressividade nos distintos campos de práticas que vão se instituindo nesse caminhar. Importância que coloca a produção da narratividade desses processos de encontros, por parte dos que

aí estão, como eixo nuclear de organização do campo de estudo, partindo da capacidade que o usuário como guia pode nos levar pelo seu nomadismo, fazendo-nos perceber junto com ele os vários planos de conexões que opera e se produz, na sua experiência da produção de si (FOUCAULT, 2010).

Nisso, também nos ‘in-mundizamos’, nos tornamos pesquisadores ‘in-mundo’ (ABRAHÃO, 2014), abrimo-nos as nossas próprias narratividades disparadas pelas afecções que o campo de estudo agencia em nós. Os vários regimes de verdade agem, nesses vários planos de produção do existir, ali no mundo do cuidado, guiado pelo indivíduo-usuário, com sua Rede Viva instituinte, que vai em certos movimentos se organizando como um certo território específico, identitário, para logo ser vazado, como um furo no muro, a cada encontro que o afeta.

Esse percurso investigativo tem se traduzido em várias estratégias de estudo que temos participado e a melhor forma de trazê-lo para esse artigo é ver o que construímos, em 2013, na pesquisa ‘A produção do cuidado em diferentes modalidades de Redes de Saúde, do Sistema Único de Saúde. Avalia quem pede, quem faz e quem usa’, realizada junto ao Ministério da Saúde.

No relatório final, tivemos que construir alguns elementos metodológicos que pudessem fabricar a investigação em foco. Após uma oficina do coletivo de pesquisa que tinha ido aos vários territórios de saúde, em um município, conversar sobre o mundo do trabalho dos trabalhadores daquelas áreas, dizíamos:

Esta reunião entre os pesquisadores foi pautada pela apresentação das percepções de cada equipe a partir da participação nas reuniões de território [...] e pela discussão conjunta desta experiência com o objetivo de problematizar e sistematizar os próximos passos [...]

[um] ponto fortemente debatido foi o tema

das Redes Vivas. Existem Redes Vivas que em outros lugares são operadas a partir dos desesperos das pessoas, ou seja, não há um entrelaçamento de fazer viver a Rede Viva entre o que é ofertado e o que é pedido. No Município, essa tensão mais positiva produz encontros entre o que é pedido desesperadamente e aquilo que é ofertado a partir de grandes conexões. [...]

[foi] observado pelo grupo que essa Rede Viva que emerge dos territórios não é algo agressivo, violento. É um movimento aberto à conversação e escuta, ainda que com certa tensão e dificuldade. [...]

[no que se refere à pesquisa] foi pensar como organizar os pesquisadores e trabalhadores do município nas frentes de trabalho (as várias redes de cuidado que vão sendo disparadas por esse encontro com as Redes Vivas). [...]

A questão que apareceu foi como fazer a combinação entre territórios e redes. Essas redes apareceram nos territórios e de maneira entrelaçada, ou seja, um caso começa em uma rede, mas caminha pelas demais. [...]

Nas descrições dos territórios, ficou claro que já foi possível localizar Redes Vivas nas (várias) redes contempladas pela pesquisa, inclusive forte conexão entre elas. A partir dessa prospecção inicial, a proposta é que a pesquisa parta dessas Redes Vivas, e não dos territórios. Por exemplo, a partir da análise dos casos, conclui-se que as Redes Vivas da saúde mental que aparecem nos territórios 1 e 5 são bons casos para disparar a pesquisa nesta rede (penetrando pelas outras).

[...]

A conexão entre redes a partir de um mesmo caso, como mencionado anteriormente, apareceu em diversos territórios. Uma rede é a disparadora, mas o usuário é acompanhado por outros serviços devido às características do problema. Neste sentido, é um processo vivo, inclusive porque a conexão entre as redes é um ponto que o município (em foco) aposta que aconteça. Isso deve ser considerado na pesquisa, que esta divisão por redes não é algo natural no município, ou seja, sistematicamente uma rede se cruzará com a outra. Apesar disso, existe um caso índice, ou seja, o eixo da pesquisa não é a conexão entre as redes. O eixo é o caso que produz as conexões. A Rede Viva em produção.

Outra questão levantada foi qual seria a expectativa de produto nesse momento, [...]. Seria a própria definição dos casos-guia?

[...] foi definido que nos próximos encontros no município a equipe deve começar a construir o mapa das fontes e a trabalhar algumas questões. É importante que todos tenham clareza deste itinerário para o momento de se encontrar com as [...] frentes.

Para tanto, também é relevante entender (a noção) de Rede Viva. As Redes Vivas têm certas características interessantes de pontuar. Quando o MS fala de rede, ele tem a ideia de uma rede inteira, sólida, como se fosse um controle de governabilidade extenso. Quando na verdade, as Redes Vivas são fragmentárias e em acontecimento, [...]

Isso são questões chaves para resolver, para ao menos criar parâmetros da objetividade necessária neste momento da pesquisa. Tratando de transversalidade, por exemplo, é interessante observar e situar o tema da regulação atuando nas diferentes redes.

Inicialmente ela foi colocado em um lugar concreto, mas na verdade vai aparecer em todas as redes (considerando que todos governam no mundo do trabalho)

Outro tema que chamou a atenção nas reuniões de território foi a tensão entre a produção da Rede Viva e a resistência da regra geral. Isso aparece no ruído da Rede Viva e, sendo assim, não deve ser o problema analisador, e sim aparecer na própria construção da Rede Viva.

Essas Redes Vivas são construídas nos territórios pela singularidade dos casos. Isso significa que algumas redes vão servir para determinada singularidade de cuidado, e não para outras. Entre o circunstancial do singular e a acumulação do instituído tem movimento. Esse movimento é o interessante de acompanhar (RELATÓRIO, 2013).

Toda essa produção de conhecimento que nos atinge e que fomos 'obrigados' a construir pelas afecções que o campo agenciava em nós, trouxe implicações para o desenho do estudo ali no território, junto com os trabalhadores desse município, que são em si, também, Redes Vivas.

Os casos, neste caminho, vão definir os territórios e as pessoas que vão participar, levando em consideração que alguns estão mais envolvidos que outros. Os usuários-guia vão transitar por distintas redes, ainda que partam de uma rede disparadora, e isso vai gerar também entre os trabalhadores os pesquisadores-guia.

É importante mostrar a fluidez e os papéis totalmente diferentes que existe no município e que, em outro município, o arranjo dos atores e o protagonismo serão totalmente diferentes. Em cada lugar, o ordenador será um ator distinto.

Nesse sentido, foi colocado como importante o grupo conhecer outros espaços diferenciados do município e que são produzidos na medida em que foram aparecendo. É uma agenda paralela que vale a pena explorar, porque são espaços que têm um papel na montagem e na ativação de todo esse arranjo que a pesquisa está conhecendo. Inclusive, esse contato ajudará a ampliar a interrogação sobre os dispositivos de gestão para produzir coisas.

Explorando a ideia que já foi trabalhada, existem casos que aparecem em um território e que são mobilizados a partir de diferentes olhares (UPA, AB, Saúde Mental, etc.). O apoiador-guia, por sua vez, faz aparecer outras questões, bem como a partir dos trabalhadores aparecem outro tipo de desconfortos. Os apoiadores são catadores de casos complicados e ajudam a processá-los. Mas é imperdível ouvir o que os trabalhadores entendem como casos que incomodam, porque não é o mesmo olhar. Isso nos leva a ter apoiador-guia e trabalhador-guia para encontrar os casos (RELATÓRIO, 2013).

Nesse caminhar, procuramos como elementos de síntese para o tipo de estudo que estávamos realizando, o seguinte: Experimentação – Pesquisa Interferência: o método é o encontro:

1. Algumas questões para se considerar no experimento, foram: se as ferramentas são adequadas, se essas ferramentas têm sensibilidade suficiente para conseguir o que se quer, se a caixa de ferramentas é suficiente ou é necessário agregar outras.

2. A possibilidade de iniciar essa construção conjunta envolvendo os pesquisadores e os trabalhadores na prática, parte do entendimento do grupo de que é mais interessante fazer esse desenho metodológico em ato, ou seja, a partir de um processo de negociação

real e em um município real.

3. Estes engates vão gerar singularidades, e vale ressaltar que esta já é a pesquisa, ou seja, as singularidades e as conexões de cada equipe já são a pesquisa em si.

Para trabalhar os referenciais, a partir dos textos anteriores, compreendendo a produção do cuidado em saúde como um acontecimento micropolítico, na construção efetiva das Redes Vivas de existências, devemos nos debruçar de modo mais atento no tema das redes analógicas e hipertextuais-rizomáticos, e o modo de ‘palpá-las’ no contexto da centralidade da disputa pelo cuidado entre os vários que o produzem, ocupando as cenas do cuidado no cotidiano e tirando consequências para se pensar o trabalho das equipes nas redes de cuidado, em geral, explorando modos de acessar e visibilizar essa produção, através da construção conjunta de pesquisadores e trabalhadores, tomando o usuário como guia desse processo, no seu modo de fabricar sua Rede Viva de existência, para muito além dos itinerários terapêuticos e projetos terapêuticos, das nossas ofertas instituídas.

Há de modo evidente um campo de disputa que posiciona as muitas éticas que atravessam essa produção no ato do seu acontecer como, por exemplo: uma ética centrada na lógica das profissões, uma na lógica burocrática organizacional, outra na ética marcada pelo campo do mercado da saúde e, pelo menos outra, muito nuclear, que é a ética da produção da vida em si, com a qual ‘usuários’ marcam a fabricação do cuidado em saúde com o seu território de existência rizomático.

O reconhecimento dessa disputa é estruturante no processo de desenhar a investigação e a produção de conhecimento sobre o cuidado enquanto um campo de práticas, ali nos processos produtivos do mundo do trabalho. ■

Referências

- ABRAHÃO, A. L. et al. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.). *Pesquisadores In-Mundo: Um estudo da produção do acesso e barreira em Saúde Mental*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014, p. 155-170.
- GOMES, M. P. C. et al. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção. In: GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.). *Pesquisadores In-Mundo: Um estudo da produção do acesso e barreira em Saúde Mental*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.
- GOMES, M. P. C.; MERHY, E. E. (Org.). *Pesquisadores In-Mundo: Um estudo da produção do acesso e barreira em Saúde Mental*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.
- DELEUZE, G. *Espinosa: filosofia prática*. São Paulo: Editora Escuta, 2002.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Micropolítica e segmentaridade. In: _____. *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996. v. 3, p. 76-106.
- FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. *Gestão de redes: A Estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.
- LANCETTI, A. *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MAGNANI, J. G. A rua e a evolução da sociabilidade: os Urbanitas. *Revista Digital de Antropologia Urbana*, v. 1, n. 0, out. 2003, não paginado.
- MERHY, E. E. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). *Caderno Saúde Mental: Os desafios da formação*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009. v. 3.
- _____. *Conferência sobre Redes: Uma conversa sobre a produção das existências* [vídeo]. 2013a. Disponível em: <<http://saudemicropolitica.blogspot.com.br/2013/11/emerson-elias-merhy-encontro-regional.html>>. Acesso em: maio 2014.
- MERHY, E. E. (Coord.). *A produção do cuidado em diferentes modalidades de Redes de Saúde, do Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa*. Brasília, DF: SAS-MS, out. 2013b (Relatório Final).

Contribuição para a análise da implantação de Redes de Atenção à Saúde no SUS

Contribution for the analysis of the implementation of Health Care Networks in SUS

Silvio Fernandes da Silva¹

RESUMO Este artigo analisou a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) com ênfase nas regiões de saúde, ressaltando a importância de atores locais com adequado perfil de competência e implicados com a implementação. Como subsídio empírico, observamos o desenvolvimento de projetos de intervenção de gestores e técnicos participantes de cursos de especialização, desenvolvidos em parceria com o SUS, pelo IEP/HSL. Os achados mostraram que a proeminência do tema RAS na agenda do SUS favorece o delineamento de uma imagem objetivo (aonde se quer chegar) no processo de planejamento regional; e a qualidade da intervenção depende de compreensão mais aprofundada do contexto: a identificação detalhada das causas dos problemas, da dinâmica e da estrutura de poder das organizações e dos determinantes do comportamento dos usuários são aspectos relevantes.

PALAVRAS-CHAVE Redes de Atenção à Saúde; Avaliação em saúde; Sistema Único de Saúde; Planejamento em saúde.

ABSTRACT *This article analyzed the implementation of RAS (Health Care Networks), with emphasis on health regions, stressing the importance of having local players with an adequate competence profile and involved in the implementation. As an empirical subsidy, we observed the development of intervention projects by managers and technicians participants of Specialization Courses developed in partnership with SUS (Unified Health System) through the IEP/HSL. Results showed that the importance of the RAS theme for the SUS agenda favors the design of an objective image (a goal) for the regional planning process; and the quality of the intervention depends on the deeper understanding of the context: identification of the causes of the problems, the dynamics and structure of the organizations' power and the determining of users' behavior.*

KEYWORDS *Health Care Networks; Health evaluation; Unified Health System; Health planning.*

¹ Doutor em saúde pública pela Universidade de São Paulo (USP) - São Paulo (SP), Brasil. Professor e pesquisador do Instituto Sirio Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP/HSL) e assessor técnico do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Brasil. femandessilvio90@gmail.com

Introdução

O debate sobre a importância da organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS se intensificou após a publicação do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), em 2006, e da portaria 4.279, em dezembro de 2010. Essa portaria define RAS como

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

atribuindo-lhe o seguinte objetivo:

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

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde, propôs, em 2011, a implantação de cinco redes temáticas: (1) Rede Cegonha; (2) Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); (3) Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); (4) Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; e (5) Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014). Paralelamente, desenvolvem-se iniciativas complementares de organização de redes nos estados, geralmente debatidas e pactuadas nos respectivos fóruns bipartites.

A implantação de redes decorre de constatação de que a segmentação dos componentes de um sistema de saúde e a fragmentação do processo de cuidado constituem fatores de ineficiência e baixa qualidade na atenção aos usuários. Iniciativas de integração de serviços em redes não são recentes. São bem conhecidos

o clássico relatório Dawson, de 1920 (DAWSON, 1964), que propõe a integração de serviços em espaços territoriais definidos, na Inglaterra, e, mais recentemente, a partir da década de 1990, as propostas de integração em saúde, nos Estados Unidos, em diversos países europeus e no Canadá (MENDES, 2009).

No SUS, esse debate também não é recente. A diretriz de integração entre serviços está presente desde a sua criação, mas esse propósito ficou parcialmente obscurecido pelas características do processo de descentralização da saúde, que foi um importante indutor da ampliação dos sistemas municipais de saúde e da qualificação do cuidado à saúde, e pouco contribuiu, no entanto, para a integração dos processos assistenciais em regiões que agregam vários municípios (SILVA, 2011).

Com a publicação da Norma Operacional da Assistência (BRASIL, 2001), em 2001, a regionalização, associada à integração de serviços, assume maior destaque na agenda do SUS; a integração desejada não se efetiva em virtude da rigidez das pactuações propostas para as articulações intermunicipais e das dificuldades para consolidar uma governança regional (SILVA; DOBASHI, 2007; FLEURY; OUVREY, 2007).

O Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), em 2006, propõe formas menos rígidas de arranjos regionais, visando à organização de redes, e amplia o debate entre os gestores públicos – Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Isso contribuiu para a elaboração da portaria 4.279, supracitada. Segue-se à mesma a publicação do Decreto 7.508 (BRASIL, 2011B), em junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080, de 1990, e cria o Contrato Organizativo de Ação Pública (Coap).

A organização dos serviços de regiões de saúde em redes regionalizadas e integradas pressupõe que se estabeleçam relações horizontalizadas entre os mesmos, em contraposição às clássicas formas piramidais que situam os serviços de Atenção Básica na

base da pirâmide e os de maior densidade tecnológica, tais como hospitais mais complexos, na ponta. Os componentes principais das RAS são: (1) o binômio território/população, constituído do espaço territorial regional, geralmente dividido em territórios menores, correspondentes à abrangência de unidades básicas e equipes de saúde, e a população residente, com suas necessidades e demandas assistenciais; (2) os serviços de saúde existentes, devidamente caracterizados quanto a capacidades instaladas, funções e objetivos; (3) a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo, preferencialmente, com instrumentos que identifiquem o usuário e o histórico de sua inserção nos serviços de saúde; e (4) o sistema de governança da rede regional (OPS, 2010; MENDES, 2009; SILVA, 2011, 2013).

O papel da Atenção Básica (AB) – denominada de APS na maioria dos países – é considerado essencial e estratégico na organização das RAS. À AB é atribuído o papel de coordenadora do cuidado integral e de ordenadora do acesso aos demais pontos de atenção da rede. Para que o exerça, deve dispor de profissionais de saúde adequadamente capacitados, ter como escopo a realização de ações abrangentes, que incluam os campos de prevenção, cura e reabilitação, de forma matricialmente articulada com os especialistas, e mecanismos que possibilitem o gerenciamento dos demais níveis e pontos da rede (CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010; STARFIELD, 2002; GIOVANELLA, 2006).

Este artigo se propõe a contribuir para a análise da implantação das Redes de Atenção à Saúde no SUS. Entendemos que a implementação depende de estratégias em um nível macro – que trata a proposição de grandes metas nacionais e de estratégias de financiamento, tal como acontece, por exemplo, na proposta das redes temáticas prioritárias criadas pela SAS – e também em níveis periféricos dos sistemas de saúde, que abrangem as regiões e os serviços locais.

As estratégias devem estar articuladas e se complementar para a operacionalização dos objetivos propostos. Nosso foco de análise, neste estudo, está direcionado para o contexto regional.

Trajectoria metodológica

A participação do autor em cursos de especialização do SUS para gestores e técnicos de regiões, de 2009 a 2014, foi utilizada como subsídio empírico para o estudo. Os cursos, realizados pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês (IEP/HL), de São Paulo, em parceria com o SUS, através do Ministério da Saúde, Conass e Conasems, foram os seguintes: (1) Especialização em Gestão da Clínica nas Redes de Atenção à Saúde (2009-2010); (2) Especialização em Gestão da Clínica nos Hospitais do SUS (2009-2010); (3) Especialização em Gestão da Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES)/São Paulo (em parceria com a SES/SP; 2010); (4) Especialização em Gestão da Clínica nas Redes Metropolitanas de Atenção à Saúde (2011); (5) Gestão da Clínica no Sistema Único de Saúde: especialização em regulação em saúde no SUS, 1ª edição (2012) e 2ª edição (2013); (6) Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS (2013-2014) (IEP/HSL, 2009A, 2009B; 2010, 2011, 2012; SILVA ET AL., 2013; PADILHA ET AL., 2013).

Mais de 1.000 alunos, de 115 regiões – cujas delimitações eram as mesmas dos planos diretores de regionalização –, participaram dos projetos educacionais. A proposta de articulação de redes assistenciais constava dos objetivos dos cursos, e o desenvolvimento do perfil de competência enfatizava, entre outros aspectos, a organização de RAS.

Utilizaram-se metodologias ativas de ensino-aprendizagem, e cada grupo (de dez participantes), que se formava por afinidade no processo de trabalho, assumia o compromisso de elaborar projetos de intervenção na

região (denominados projetos aplicativos), no escopo dos seus respectivos cursos.

Em sua participação, o autor foi componente da equipe de autoria dos projetos, facilitador – nessa função, interagiu diretamente com os alunos – ou coordenador/gestor, cabendo-lhe, nesse caso, contribuir para a formação dos facilitadores.

As reflexões deste artigo não são produto de pesquisas estruturadas sobre esses projetos educacionais – pesquisas essas que, por sinal, estão sendo desenvolvidas por grupos de pesquisadores em linhas de pesquisa do IEP/HSL. Do ponto de vista metodológico, foram oriundas de uma observação participante, não estruturada, não sistematizada, de situações vivenciadas com os alunos, facilitadores e especialistas convidados para temas específicos. Essas situações foram de orientação de projetos aplicativos, facilitação de atividades educacionais, com uso de metodologias de aprendizagem baseadas em problemas (APB), coordenação de plenárias com especialistas, oficinas de trabalho e elaboração de termos de referência de oficinas de planejamento estratégico.

Partimos do pressuposto que os alunos, ao assumirem o compromisso educacional de elaborar projetos de mudança nas regiões em que atuam profissionalmente, passam a ter algum grau de implicação com esse propósito; serão denominados, neste artigo, de ‘atores implicados’ com mudanças, ressaltando que uma das diretrizes da implicação é contribuir para a implementação das RAS na região.

Na análise dos registros e das percepções do autor sobre os desafios enfrentados pelos atores implicados, procurou-se identificar correlações entre a intenção da política estruturante e sua implementação nas regiões de saúde, sob orientação do postulado de coerência de Testa (1992), a partir da seguinte inferência: a ‘política’ de RAS corresponde à intenção dos governantes; essa política está associada a um ‘método’ (ou seja, proposição

de diretrizes e práticas de planejamento) para atingir os objetivos da mesma; as ‘organizações de saúde’ das regiões precisam se adequar, ou seja, sofrer ajustes e mudanças, impactadas pelo método, para que a política se concretize. O triângulo constituído por política, método e organização, como propõe Mário Testa, visa a identificar a reação das organizações (suas estruturas e processos de trabalho) às intenções governamentais.

Análise

Os cursos têm como objetivo construir um perfil de competência que capacite os alunos a ampliar sua compreensão da realidade, intervir na mesma e a se desenvolverem em dois eixos: no primeiro, são utilizados disparadores educacionais relacionados a cenários fictícios ou narrativas da vivência dos participantes. A articulação entre a abordagem construtivista, a metodologia científica e a aprendizagem baseada em problemas se orienta por uma espiral construtivista, com os participantes identificando problemas, formulando explicações, elaborando questões, buscando novas informações, construindo novos significados e avaliando o processo.

No segundo eixo, agrupados por afinidade de atuação profissional, a agenda é a construção de projetos aplicativos. Esses têm o seguinte processo em sua construção: (1) análise do contexto; (2) identificação de necessidades e problemas; e (3) elaboração de uma proposta de intervenção. A análise de viabilidade é transversal a essas etapas; disponibilizam-se ferramentas e dispositivos de planejamento estratégico, em oficinas de trabalho, como subsídio instrumental.

Os desempenhos esperados, sinteticamente, visam a propiciar: (1) leitura adequada do contexto; (2) delineamento de uma imagem objetivo (situação desejada); e (3) condições para elaborar projetos de intervenção viáveis

e factíveis, com incorporação de ferramentas, dispositivos e estratégias pertinentes. As oficinas de planejamento estratégico podem ser de análise situacional, matriz *swot*, árvore explicativa de problemas, análise de cenários e atores, construção de planos de ação, análise de viabilidade, entre outras.

A confluência de uma imagem objetivo das RAS

Em minhas observações, constatei que os grupos têm uma tendência de avançar rapidamente no delineamento das RAS desejadas. Já existe, ou é mais facilmente desenvolvido, o domínio cognitivo de modelagem de redes, de justificativa para sua implantação pela importância e pelo benefício das mesmas para os usuários e para a organização do sistema de saúde; reconhece-se a eficiência econômica das RAS e sua pertinência, considerando o perfil epidemiológico/nosológico contemporâneo e a carga de doenças.

Chamou atenção esse fato. Imagino que o mesmo deva ocorrer nos colegiados da região, tanto no Colegiado Intergestores Regional (CIR) e nos seus grupos de apoio técnico quanto em outros fóruns, que também reúnem atores potencialmente implicados com a organização da gestão e a atenção regional. A visualização 'do que se quer' ou de 'aonde se quer chegar' com as intervenções é mais suscetível de consensos, possivelmente porque esse referencial tem se disseminado nas arenas do SUS nos últimos anos.

A não confluência na análise do contexto regional

Com relação à análise de contexto, as primeiras caracterizações costumam focar em informações estruturadas sobre capacidade instalada, oferta e produção de serviços, demandas assistenciais reprimidas e condições

de acessibilidade, entre outras. Com o evoluir do processo de aprendizagem, podem surgir outros aspectos, mas, diferentemente do que ocorre com a imagem objetivo, os caminhos para o delineamento do contexto não são tão confluentes.

Suponho que os grupos tenham diferentes graus de compreensão, desde bastante superficiais e simplificados até, no polo oposto, e em decorrência de incorporarem conhecimentos mais aprofundados, uma visão mais abrangente da complexa realidade da saúde regional. Os que conseguem aprofundar a compreensão adquirem, conseqüentemente, melhores condições para elaborar projetos mais condizentes e potentes para intervir no sistema de saúde regional.

A análise de contexto tem o mesmo significado do que Matus denomina 'análise situacional', componente do momento explicativo do Planejamento Estratégico Situacional (1996). Essa caracterização tem influência ideológica do ator que a formula, e ressalte-se que, neste artigo, estamos partindo do pressuposto de que existe uma identidade ideológica do grupo, daí decorrendo sua denominação de 'atores implicados com a implantação no SUS'. Há, também, a meu ver, influência importante de fatores cognitivos, os quais também influenciam, conseqüentemente, a capacidade de intervenção desses atores.

Em minhas observações, a compreensão do contexto tem alguns aspectos especialmente relevantes que, ao serem considerados, aumentam, cumulativamente, o potencial de sucesso da implementação das RAS, e serão destacados a seguir. Conceitual, estratégica e operacionalmente, a posição do Brasil coincide com o processo de renovação da APS, lançado pela Opas/OMS, e com a proposta das RISS e seus atributos, aprovados pelos corpos diretores da Organização. A cooperação histórica da Opas/OMS com o Brasil para o fortalecimento do SUS e, mais recentemente, para o desenvolvimento do Programa Mais Médicos (PMM) responde

aos valores, princípios e conteúdos compartilhados pela Organização e pelo Brasil.

As unidades assistenciais e suas estruturas de poder

Santos e Andrade (2013) consideram que o que caracteriza uma rede é a relação que se estabelece entre os seus componentes, que passam a partilhar interesses e objetivos comuns, mesmo tendo, isoladamente, um razoável grau de autonomia. Reconhecem suas interdependências e, preterindo estratégias que levam a comportamentos organizacionais e institucionais individualizados, optam por adequar o seu papel aos objetivos da rede. Entendendo que, dessa forma, todos ganham. Caso contrário, não são uma rede, e, sim, um ajuntamento de serviços.

Quem seriam os componentes das RAS? Mesmo que, a princípio, possam parecer, esses componentes não são exatamente as organizações de saúde – unidades básicas, ambulatórios, hospitais, serviços de diagnose, transporte em saúde. Organizações de saúde dificilmente formam redes. Nesses serviços, muitas vezes denominados de pontos de atenção ou nós das redes, coexistem interesses distintos e, às vezes, contraditórios, que dificultam a construção de uma governança única. É entre atores e nos espaços nos quais concentram poder que podem se estabelecer relações em redes mais consistentes.

Outro aspecto a ser considerado é a reação das organizações às políticas governamentais que visam a integrá-las para um trabalho em rede. Quando desconsideram suas estruturas de poder e os interesses distintos que albergam, dificilmente os objetivos são atingidos. Exemplo ilustrativo é o da política de contratualização com os hospitais de ensino, que propõe mudanças na gestão hospitalar, na produção do cuidado e na integração com a rede SUS (BRASIL, 2004). Chioro dos Reis (2011), analisando o impacto da política, conclui que as expectativas de mudança

não se concretizaram, pois foi desconsiderada a complexidade da micropolítica dessas organizações.

Tal exemplo nos lembra da importância da coerência entre as macropolíticas estruturantes e as organizações às quais se destinam, conforme o postulado de Testa. Quando os nós críticos organizacionais não são impactados pela política/método, conclui-se que, por si só, por mais bem elaborados que estejam, as grandes diretrizes são insuficientes para a transformação desejada; esta é uma das constatações deste estudo: estratégias voltadas para as regiões que deem complementaridade às políticas estruturantes, com impacto nas organizações de saúde e nas redes de relações em que estão envolvidas, devem ser reconhecidas como indispensáveis para a política de implantação das RAS.

Os problemas assistenciais

Nos projetos educacionais, evidenciou-se a importância de ampliar a compreensão dos problemas assistenciais. Quando os atores implicados os analisam superficialmente ou equivocadamente, as intervenções, habitualmente, são frágeis e pouco efetivas.

Para exemplificar, comento sobre um problema prevalente no contexto das regiões: a superlotação de serviços hospitalares de emergência. A face mais visível desse problema é o excesso de pacientes nos leitos do pronto-socorro, a ocupação de macas e, muitas vezes, inclusive, a acomodação improvisada no piso dos corredores. Identificar as causas dessa situação, o que as determina e os aspectos críticos passíveis de intervenção é fundamental para a solução do problema.

Em minha observação dos trabalhos dos grupos, percebi que a tendência predominante, inicialmente, é a de considerar os aspectos mais estruturados, tais como a capacidade instalada existente, a falta de leitos de apoio à emergência, a não disponibilidade

de leitos nas enfermarias e na terapia intensiva ou o potencial de realização de cirurgias no centro cirúrgico. Apesar desses aspectos serem importantes, indo mais a fundo, desvendam-se outros, mais ligados à dinâmica de funcionamento e ao processo de trabalho da organização hospitalar.

Como diria Riobaldo, do clássico Grande Sertão Veredas, de Guimarães Rosa, “o diabo mora nos detalhes”. Uma análise mais minuciosa pode mostrar causas como: (1) pacientes com traumas aguardando vários dias por cirurgia em leitos de observação, por problemas organizacionais internos; (2) leitos vagos de enfermaria que poderiam reduzir a superlotação e que não são liberados por serem exclusivos de algumas clínicas; (3) pacientes aguardando procedimentos terapêuticos ou diagnósticos que são realizados apenas em determinados dias da semana, elevando os tempos de permanência; (4) pacientes em condições de serem transferidos para enfermarias e unidades de suporte que não o são por letargia do processo decisório, entre outros.

Os grupos que identificam essas últimas causas passam a pensar em outras estratégias de intervenção, anteriormente não consideradas. Mesmo que esses nós críticos sejam difíceis de ser resolvidos, o fato de serem reconhecidos como causas importantes, expandem e qualificam os objetos de intervenção. Os grupos passam a orientar os projetos a partir de novos fundamentos teórico-práticos de pesquisa e ação. Amplia-se a taxonomia cognitiva tanto para compreender o contexto quanto para a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos. Passam a fazer mais sentido leituras sobre Educação Permanente em saúde, linhas de cuidado, estratégias de negociação cooperativa e conflitiva, análise institucional, micropolíticas em saúde, entre outras.

Os hospitais são organizações complexas, mas, mesmo em serviços menos complexos – unidades básicas, ambulatorios, serviços de apoio –, situações similares podem ocorrer. Com relação a demais problemas, por

exemplo, relacionados a indicadores de morbimortalidade desfavoráveis, igualmente, desvendar as reais causas e seus significados nas árvores explicativas é um processo que fortalece a compreensão do contexto e qualifica ações de intervenção. Os que envolvem o usuário, por suas características singulares, serão tratados no tópico seguinte.

Os usuários

Uma primeira percepção, superficial ou equivocada, sobre o comportamento dos usuários às vezes acontece. É-lhes atribuída responsabilidade por alguns problemas do sistema de saúde na região, culpabilizando-os indiretamente com argumentos de não saberem utilizar adequadamente os serviços ou não aderirem a ações preventivas ou de promoção da saúde. Expressões como ‘muitos usuários vão aos serviços de emergência desnecessariamente e precisam ser orientados a ir para as Unidades Básicas de Saúde’ ou ‘é necessário educar os usuários para que controlem sua pressão e mudem seu estilo de vida’ revelam uma racionalidade técnica que não dialoga com as razões do comportamento dos usuários. A compreensão limitada pode levar a intervenções que visam a submeter e enquadrar seus comportamentos à rede idealizada, mesmo quando isso não se sustenta na realidade.

Os usuários geralmente procuram as unidades de saúde ou desenvolvem seu autocuidado a partir de sistemas explicativos próprios e da representação que fazem dos serviços assistenciais. É de se esperar, por exemplo, que resistam a ir a uma UBS que não se legitimou como uma unidade resolutiva, preferindo o pronto-socorro em muitas situações simples, mesmo que tenham que esperar mais.

É necessário desvendar melhor o que influencia o comportamento dos usuários. Cecílio *et al.* (2012), analisando o papel da

Atenção Básica nas redes temáticas de saúde, a partir de narrativas de usuários, identificaram três categorias: uma parte considera que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm produzido valores de uso e se legitimam como posto avançado do SUS; outra acha que a rede básica é um lugar de coisas simples; e a terceira categoria, mesmo reconhecendo que a AB deveria coordenar o cuidado da rede, compartilha um sentimento de impotência com as equipes de saúde pelo fato de que as UBS não reúnem condições materiais e simbólicas para exercer esse papel.

A ampliação da fronteira de conhecimento sobre o comportamento dos usuários representa, para os grupos, saltos paradigmáticos. Certamente, cria condições mais favorável para intervenções qualificadas nesses cenários.

A Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede

Além do aspecto abordado no tópico anterior, devem-se considerar outros, que explicam a dificuldade da AB em exercer o seu papel. Pré-conceitos sobre a AB no SUS são comuns, principalmente da parte de técnicos e gestores que atuam em outros níveis de atenção da rede. Comentários como ‘a AB não funciona, não é resolutiva e encaminha desnecessariamente para os especialistas ou para as unidades de urgência’ ou ‘eu não envio meus alunos para a AB, pois eles vão desaprender’ são comuns. Mesmo que, em parte, tenham fundamento, ao resultarem de preconceitos arraigados, reduzem a dimensão analítica do problema e não contribuem para sua superação.

Na Atenção Básica, os problemas são numerosos, com destaque para os habituais: financiamento insuficiente, infraestrutura física e de recursos inadequada e prevalência de um modelo assistencial centrado em

procedimentos e distanciado das necessidades dos usuários. A baixa disponibilidade de profissionais capacitados para atuar na AB, em especial, de médicos especializados em saúde da família e comunidade, é uma das principais causas da baixa resolutividade. Esse aspecto, em particular, é revelador da contradição histórica entre a intenção governamental de consolidar a AB como coordenadora do cuidado integral e ordenadora da rede e o processo de formação médica no País.

Uma adequada leitura do contexto também é necessária para analisar as ‘oportunidades’ que o mesmo oferece e as melhores formas de aproveitá-lo. Por exemplo, a lei que institui o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013) visa a reduzir os efeitos da contradição referida; e outras políticas, tal como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) (BRASIL, 2011A), têm como um de seus principais objetivos induzir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da AB no SUS.

Quando aprofundam seus conhecimentos, os grupos fortalecem-se como atores políticos e qualificam-se como planejadores estratégicos; identificam mais facilmente as dificuldades do contexto e as oportunidades a serem exploradas.

Conclusões e considerações finais

Como já foi abordado na introdução e na metodologia, este artigo teve o objetivo de contribuir para a análise de implantação das Redes de Atenção à Saúde no SUS, com ênfase nas regiões de saúde. Um dos principais desafios nessa dimensão é consolidar um sistema de governança, e essa importância é destacada pela portaria 4.279 da seguinte forma:

sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão

e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações (BRASIL, 2010).

Esse desafio, focado na região de saúde, foi o objeto deste estudo. Dois aspectos sobressaíram na análise. O primeiro reafirma a importância de atores implicados com a implantação da política nas regiões. Os mesmos podem ser constituídos de gestores públicos, por exemplo, os que compõem a Comissão Intergestores Regional (CIR), ou outros agrupamentos, tais como técnicos, profissionais de saúde ou usuários, desde que atendam ao requisito de implicação com a proposta e que possam contribuir para a elaboração de diretrizes político-estratégicas e operacionais de planos e projetos de intervenção. O segundo refere-se ao perfil de competência necessário para que esses atores desempenhem tal papel, ou seja, dos conhecimentos e habilidades de que devem dispor para exercê-lo.

O subsídio empírico para o estudo foi a

observação do desenvolvimento de cursos de especialização que tiveram a implantação de RAS como escopo de projetos aplicativos nas regiões de saúde. Uma das constatações foi que as políticas de implantação de RAS estão contribuindo para construir uma concepção hegemônica de imagem objetivo (de ‘aonde se quer chegar’) entre atores implicados do SUS. A prevalência desse assunto nos processos de capacitação de gestores e técnicos e as diretrizes das políticas do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais possivelmente tenham ampliado consensos sobre a importância das RAS como alternativa para superar dificuldades do SUS.

Evidenciou-se, também, a importância de esses atores compreenderem, de forma aprofundada, o contexto das regiões de saúde, sendo esse um pré-requisito para a qualidade, viabilidade e factibilidade das propostas de intervenção. Análises superficiais desencadeiam, obviamente, intervenções pouco potentes; estratégias educacionais que desenvolvem as habilidades e competências requeridas, além de capacitar os atores implicados na compreensão do contexto, os fundamentam na elaboração de planos e projetos articulados com as políticas de implantação das Redes de Atenção à Saúde no SUS. ■

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- _____. Decreto nº 7508/Presidência da República/Casa Civil, 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. Brasília, DF: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 28 jun 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 29 abr. 2014.
- _____. Lei nº 12.871/Presidência da República/Casa Civil, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, DF: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 22 out 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 29 abr. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Brasília, DF: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 19 jul 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 25 abr. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 30 dez. 2010. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%204279%20de%2030%20de%20dezembro%20de%202010.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, DF: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, nº 39, seção 1, 23 fev., 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 30 abr. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 30 dez. 2010. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%204279%20de%2030%20de%20dezembro%20de%202010.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a NOAS-SUS 01/2001. Brasília, DF: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 26 jan. 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 30 abr. 2014.
- _____. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.006, de 27 de maio de 2004. Cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do MEC. Brasília, DF: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1006.htm>>. Acesso em: 30 abr. 2014.
- CECÍLIO, L. C. et al. A atenção básica e a construção de redes temáticas: qual deve ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2014.
- CHIORO DOS REIS, A. A. *Entre a intenção e o ato: uma análise da política de contratualização dos hospitais de ensino (2004 – 2010)*. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2011.
- CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v.10, n. supl.1, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci.arttext&pid=S1519-38292010000500002>>. Acesso em: 30 abr. 2014.
- DAWSON, B. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920*.

Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1964 (Publicación científica, 93). Disponível em: <<https://docs.google.com/file/d/0B02QoSh1D3k9ay03Z3IxUkFaemc/edit?pli=1>>. Acesso em: 30 abr. 2014.

FLEURY, S.; OUVÉRY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública*; Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.91-963, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000500008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 30 abr. 2014.

INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA (IEP/HSL). *Especialização em gestão da clínica nas redes metropolitanas com ênfase nas linhas de cuidado materno-infantil, paciente crítico e urgência-emergência*: caderno do curso. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2011. 57 p.

INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS DE ENSINO E PESQUISA (IEP/HSL). *Especialização em gestão da Atenção à Saúde*: caderno do curso. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Fundação Dom Cabral, 2010. 100 p. ———. *Modelo de Gestão da Representação da OPAS/OMS no Brasil – 2008-2012: Orientação da cooperação técnica e alinhamento dos recursos humanos, financeiros e tecnológicos*. Brasília, DF, 2008. p.13. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/M/2008/opas_Modelo_Gestao.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2014.

———. *Especialização em gestão da clínica nas redes de atenção à saúde*: caderno do curso. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2009a. 44 p.

———. *Especialização em gestão da clínica nos hospitais do SUS*: caderno do curso São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, São Paulo, 2009b. 53 p.

———. *Especialização em regulação em saúde no SUS*: caderno do curso. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2012. 53p.

MATUS, C. *Política, planejamento & governo*. 2. ed. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1996.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde no SUS*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta par su implementación en las Américas*. Washington, DC: HSS; OPS; OMS, 2010. (Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas). Disponível em: <http://www.paho.org/uru/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250>. Acesso em: 30 abr. 2014.

PADILHA, R. Q. et al. *Gestão de Hospitais Universitários Federais no SUS*: caderno do curso 2013. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2013.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes no SUS: marco legal. In: SILVA, S. F. (Org.). *Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS*. Campinas, SP: Saberes; 2013. p. 22-34.

SILVA, S. F. Redes de Atenção à Saúde no SUS: proposta de operacionalização. In: ———. (Org.). *Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS*. Campinas, SP: Saberes, 2013. p. 201-249.

———. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2014.

SILVA, S. F. et al. *Especialização em Regulação em Saúde no SUS*: caderno do curso 2013. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2013. 38 p.

SILVA, S. F.; DOBASHI, B. F. Pacto pela saúde 2006: uma nova etapa na construção do SUS. In: CERCINETO, A. (Org.). *Asma em saúde pública*. Barueri, SP: Manole, 2007.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2014.

TESTA, M. *Pensar en Salud*. Porto Alegre: Artes Médicas; ABRASCO, 1992. 226 p.

Financiamento e governança em saúde: um ensaio a partir do cotidiano

Healthcare financing and governance: an essay considering daily routine

Luna Bouzada Flores Viana¹, Rodrigo Lino de Brito², Fausto Pereira dos Santos³

RESUMO Neste artigo, objetivamos revisar, sem esgotar, a literatura existente sobre financiamento em saúde, agregando reflexões sobre o tema à luz do conceito de governança. As reflexões são elaboradas a partir da experiência dos autores com o cotidiano da gestão da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde. O objetivo é, de forma conceitualmente embasada, contribuir para a discussão sobre o financiamento à saúde. A linha argumentativa, as constatações e conclusões são de inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Ministério da Saúde e do governo federal.

PALAVRAS-CHAVE Assistência à saúde; Financiamento da saúde; Organização e administração.

ABSTRACT *With this article we aim reviewing, without pretensions of exhausting, the literature concerning health financing, reflecting on the subject under the light of the governance concept. The reflections hereby are made considering the authors experience with management daily routine at Health Attention Secretariat, under Ministry of Health. The goal is, conceptually grounded, contribute to the debate over health financing. The stream of arguments, findings and conclusions are authors' entire responsibility, not necessarily expressing the institutional definitions of the Ministry of Health and the Federal Government.*

KEYWORDS *Delivery of health care; Healthcare financing; Organization and administration.*

¹ Mestre em Ciência Política pela Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil. Assessora de gabinete da Secretaria de Atenção à Saúde desde, Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. lunaviana@gmail.com

² Mestre em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CpqAM/Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Coordenador Geral de Planejamento e Orçamento da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. (2007). rodrigolbrito@yahoo.com.br

³ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) - Campinas (SP), Brasil. Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil. fausto.santos@saude.gov.br

Introdução

Neste artigo, buscamos subsidiar e problematizar alguns aspectos do debate sobre o financiamento da saúde. Mas, antes de prosseguirmos, é importante definir o que entendemos como o escopo desse debate.

A lei complementar no 141, de 13 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012), estabeleceu o que são ações e serviços públicos de saúde, circunscrevendo o que deve ser considerado na apuração de suas despesas. Considerando essa definição, o financiamento da saúde constitui-se, portanto, nas fontes de receita e em sua vinculação ou não para compor a estrutura de planejamento alocativo, que se concretiza nos orçamentos federal, estadual e municipal. Também como integrantes do financiamento público estão os meios de transferência e aplicação dos recursos que impactam a oferta de ações e serviços em saúde.

Pressupomos que não subsiste demandar mais fontes se a oferta não é correspondente. Assim como não há sentido em pautar apenas a necessidade de mais oferta de ações de promoção, proteção e recuperação se as fontes, concretizadas no planejamento e execução mediante orçamentos públicos, são insuficientes ou instáveis.

Um conceito-chave permeia a busca de um equilíbrio, provavelmente, inalcançável. Esse conceito é o da governança, ou de definição sobre papéis e integração entre os diferentes atores que compõem o universo da saúde. A governança também é compreendida como estrutura definida de responsabilização e de incentivos que sancionam ou premiam o desempenho (BM, 2007).

Ou seja, aprimorar a definição sobre a governança em saúde – tanto em seu aspecto sobre a participação do público e do privado quanto sobre responsabilidades na alocação e execução dos recursos – é o grande desafio para o alcance de um novo nível na política pública em saúde.

O quadro atual do financiamento da saúde

A Constituição de 1988 representou uma ruptura institucional importante para a saúde. Estabeleceu o conceito de seguridade social, composto por previdência social, assistência social e saúde.

De forma genérica, a política em saúde estava, até então, vinculada à previdência social ou à prestação de assistência condicionada à inserção no mercado de trabalho. Para os que não participavam do mercado de trabalho, restava a opção de pagamento direto ou em entidades filantrópicas e outras conveniadas com o Ministério da Saúde (MS), que então possuía papel residual.

Entretanto, a expectativa de ampliação e aprofundamento da assistência à saúde e a sua formalização na Constituição foram restringidas por contexto político-econômico, em que a ação de governo era pautada pela restrição dos gastos fiscais. Durante a transição, na década de 90, o orçamento do Ministério da Saúde foi comprometido por fatos como a não destinação dos recursos previstos nos Atos e Disposições Transitórias, prevalecendo a preocupação e a priorização da previdência social.

A transição também representou mudanças na configuração do orçamento nacional. O orçamento da assistência social, antes, não passava pelo legislativo e tinha como principal fonte receitas próprias. Com a mudança, foram criados os três tipos de orçamento: estatal, fiscal e seguridade social.

A principal fonte de recursos para a saúde, desde então, tem sido as contribuições sociais. Em especial, a Contribuição sobre Lucro Líquido (CSLL) e a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins). Entre 1997 e 2007, vigorou a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), mas apenas com efeito substitutivo, visto que não houve aumento

real nos recursos para a saúde (CONASS, 2011).

A Conferência Nacional sobre Saúde, de 1986, já defendia a ideia de uma fonte estável de recursos para a saúde. Em 2000, foi aprovada a Proposta de Emenda Constitucional 29 (PEC 29). Nos anos posteriores à aprovação da PEC, foi observado aumento do gasto público em saúde, porém, com redução da participação relativa do governo federal e aumento mais considerável da participação de municípios. A participação do governo federal foi reduzida, em termos relativos, de 75-60% para 45%, em 2010; entretanto, houve incremento real de 114% dos recursos públicos para saúde (SERVO ET AL., 2011).

Oriunda da PEC 29, a vinculação do gasto em saúde com indicador de crescimento econômico tem sido uma grande armadilha para o planejamento do Ministério da Saúde. A vinculação à variação do PIB nominal não é uma fonte estável, que permite a expansão de compromissos do Ministério da Saúde. Ela também é prejudicial para projeções e avanços mais significativos em maiores volumes de recursos para o gasto federal em saúde.

Comparativos internacionais sempre são utilizados para comprovar duas posições sobre o gasto público em saúde no Brasil: ele é muito inferior, quando comparado a outros países cujos sistemas também teriam caráter universal, e a participação privada é muito alta.

Estimativas da Organização Mundial da Saúde indicam que o Brasil gasta 9% do PIB em saúde, sendo 46% deles gastos públicos e 54% gastos privados. O gasto via pagamento direto tem sido avaliado em 31% do gasto total, correspondendo a 58% do gasto privado (WHO, 2012).

O governo federal também atua por outros meios, que não apenas o Ministério da Saúde, para prover o acesso à saúde. Esses seriam a renúncia fiscal, subsídio aos planos de saúde de servidores e políticas desenvolvidas por outros ministérios que também impactam as condições e o acesso à saúde.

Avaliamos, então, que a dificuldade em delimitar e mapear os gastos em saúde torna

as comparações internacionais perigosas, apesar de sempre serem didáticas. Mesmo no escopo das atividades previstas na lei complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, os gastos sociais em saúde tendem a estar mal dimensionados.

O acesso à saúde no Brasil é, então, um misto de prestação via SUS, via planos de saúde, via pagamento direto. Essa é a encruzilhada em que distintas crenças políticas e de interesses sinalizam diferentes caminhos.

Um elemento dado é que o volume de recursos públicos alocados para saúde é insuficiente para um sistema com cobertura universal (PIOLA, 2010). O mesmo autor informa que sistemas que têm cobertura universal têm participação pública em 6,5 % do PIB e em 70% do total dos gastos.

Não obstante os números, nesse debate, identificamos alguns legados que moldam percepções, interesses e limites na reconfiguração das organizações atuantes na saúde.

- Permanência de extensa rede de serviços particulares credenciados – legado de como se configurou a oferta da assistência pré-Constituição de 1988;
- Manutenção da essência na forma de remuneração de serviços – pagamento por procedimentos;
- Atomização e competição por recursos decorrentes da expansão de cidades de pequeno porte com capacidade arrecadatória quase nula;
- Conflito entre agenda estruturante e as prioridades conjunturais de sucessivos governos;
- Tensão na descentralização advinda do financiamento concentrado na esfera federal, mas operação regional do sistema;
- Esgotamento do modelo administrativo e de gestão;

- Esgotamento do modelo de relação estado e sociedade.

Em uma construção de mundo institucionalista, esses legados moldam a maneira como é conduzido o debate sobre o financiamento, tanto em seus meios (subsistemas, arenas, atores) quanto nos argumentos e conflitos de posicionamentos.

Execução dos recursos na assistência à saúde

Parte dos que se contrapõem ao aumento dos recursos para a saúde argumentam que antes de se discutir insuficiência é necessário melhorar a qualidade do gasto. Para os que enfrentam o cotidiano do Ministério da Saúde, contraditoriamente, ambas as realidades se apresentam ao mesmo tempo.

Volumes consideráveis de recursos são disponibilizados e transferidos, mas, ao mesmo tempo, a escassez de recursos apresenta-se para novas políticas e aperfeiçoamento do financiamento de políticas existentes.

O aperfeiçoamento da execução dos recursos em saúde também está fortemente associado ao conceito de custos de transação. Antes da Constituição de 1988, a operacionalização da transferência de recursos era realizada mediante diversos convênios. A execução direta na prestação de serviços concentrou-se até 2000/2001 (CONASS, 2011, p. 92)¹. O Ministério da Saúde processava e pagava diretamente aos prestadores.

Houve, na década de 1990, um intenso movimento de descentralização. Entretanto, até antes da portaria GM MS 204, de 29 de janeiro de 2007, o MS transferia para estados e municípios recursos vinculados a mais de 70 diferentes contas. A portaria 204/2007 criou cinco blocos de financiamento, e foi alterada em 2009 para incorporação do novo bloco de investimentos.

A descentralização foi normatizada por

meio das Normas Operacionais Básicas (NOB 01/91, 01/93, 1996), Normas Operacionais de Assistência à Saúde (Noas 01/2001, 01/2002), Pacto pela Saúde (Portaria 399/2006), Decreto 7.508/2011. Alguns criticam o processo de descentralização, visto que é baseado apenas no financiamento, tônica apenas econômico-financeira (PIOLA, ET AL., 2012). Um processo de descentralização desejado seria o de desconcentração de recursos e de decisão sobre a alocação dos mesmos para os gestores estaduais e municipais.

À época da implantação das normas operacionais, autores criticavam a maneira cartorial como os recursos estavam sendo descentralizados. A descentralização de recursos não estava sendo acompanhada pelo efetivo desenho dos sistemas de saúde, e as duas modalidades de gestão, plena e semiplena, não refletiam os diversos níveis em que os municípios poderiam inserir-se na rede (ELIAS; MARQUES; MENDES, 2001).

De qualquer forma, o Ministério da Saúde passou de 87% de execução direta, em 1995, para 31%, em 2010 (PIOLA, ET AL., 2012). Em 2012, o percentual de aplicação direta estava em 10,2%, chegando a 9,9 % em 2013 (consulta Siafi, 2014, gastos relacionados à modalidade 90).

Em uma primeira análise, ao longo desses anos, realizamos a seguinte avaliação sobre os custos transacionais na implementação da política de saúde: em termos gerais, custos de transação são o esforço necessário associado à discussão, definição e ao monitoramento de ações e atividades. Ele está intimamente relacionado à estrutura de governança, visto que a configuração de atores (suas responsabilidades e participação) estabelece pontos de atritos e convergências que aumentam ou reduzem esses custos.

A taxonomia que utilizaremos abaixo foi desenvolvida por Williamson e Vatn, citados por Calmon e Pedroso (2011).

O desafio de se ter uma estratégia de governança mais clara para a saúde limita avanços no debate sobre o financiamento em dois aspectos principais: 1 – nível desejado

¹ Analisando o gráfico, o percentual de execução direta é maior do que 50% até os anos 2000/2001.

Quadro 1. Avaliação preliminar custos de transação

Tipo de Custo de Transação	Descrição	Avaliação preliminar
Ex-ante	Os custos de reunir informações necessárias para propor programa ou política a ser implementada, as dificuldades de concepção do programa, de definição dos seus indicadores, de caracterização das suas formas de operação, de definição dos recursos e do fluxo de recursos envolvido para o pleno desempenho das funções preconizadas no programa.	Todas as políticas do MS têm de ser previamente pactuadas na instância da Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A avaliação por gestores federais e representantes de estados e municípios reduz esse custo. Mas, alguns autores criticam a atuação “tecnocrática iluminista” do MS (ELIAS, ET AL., 2001). Além disso, a execução da política em saúde depende, em grande parte, dos que estão em contato direto com o cidadão. A política é basicamente definida no cotidiano das unidades de saúde e no contato dos profissionais com as pessoas.
Durante	Os custos relacionados à gestão do programa, incluindo a liberação dos recursos; a negociação e a coordenação com os parceiros; as mudanças conjunturais que podem ter afetado a gestão e o processo de tomada de decisão; a contratação e os demais aspectos relacionados à implementação dessa política.	Nesse aspecto é que houve maior avanço na redução do custo de transação. A adoção da transferência fundo a fundo foi um avanço na definição de critérios padronizados e <i>a priori</i> para transferência de recursos.
Ex-post	Os custos relacionados ao monitoramento e à avaliação da política, de forma tal a se assegurar que é possível identificar e aferir as atividades, os produtos e os resultados do programa, a definição e a participação nas arenas para discussão e a revisão dos problemas de concepção que possam ter ocorrido, além dos custos de supervisão que garantam a implementação dos acordos firmados e da programação previamente definida.	Não se pode dizer que redução do custo de transação no ‘durante’ gerou o aumento do custo <i>ex-post</i> . Na década de 1990, quando o MS executava de forma direta quase 90% de seus recursos, seguramente, os desafios eram muitos, e o nível de controle da execução era baixo. Mas, a redução do custo de transação ‘durante’ gera um enorme desafio na verificação da execução. A indefinição na estrutura de governança na saúde também reflete no caminho a ser adotado para redução desse custo. Por exemplo, órgãos de controle cobram do MS ações que, inicialmente, estariam sob responsabilidade dos estados e municípios.

Fonte: adaptação de WILLIAMSON; VATN, *apud* CALMON; PEDROSO (2011)

de participação do orçamento público e recursos necessários (quanto mais é necessário); 2 – responsabilização na execução da política (como fazer mais com o mesmo).

Acreditamos ter resumido o quadro atual, construído a partir de autores que já estudam e discutem a questão do financiamento, e problematizado o debate na perspectiva da governança. Legados históricos e, concordando com Vianna (2011), espectros ideológicos, notadamente, cada vez mais confusos, geram a não decisão.

Não vislumbramos uma ruptura institucional como a Constituição de 1988, ou uma grande inflexão em decisão alocativa (em termos genéricos mercado x social). A definição de caminho, provavelmente, será incremental.

Apresentamos, a seguir, o cotidiano da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), moldado pela trajetória da saúde, do Ministério e pelas pressões e desafios aos quais está submetido. Organizamos as informações considerando a estrutura dos blocos de financiamento e

do orçamento da Secretaria, haja vista que é “através da análise da execução do orçamento que as verdadeiras prioridades de alocação se tornam evidentes” (BM, 2007, P. III).

O orçamento da SAS representa uma média de 62% do total disponível para o Ministério da Saúde, entre os anos 2012-2014. A sua distribuição é:

Quadro 2. Orçamento SAS e Modalidade de Transferência - 2012 a 2014

Ano	R\$ Total	% Aplicação direta	% Transferência
2012	53.728.755.227	7,65	92,35
2013	58.809.211.318	8,11	91,89
2014	60.986.317.000	4,10	95,90
Total	173.524.283.545	7,32	92,68

Fonte: Consulta Siafi - abril/2014. Transferência: Modalidades de Aplicação (MA) vinculadas a: Consórcios Públicos (Contrato de Rateio); Instituições Multigovernamentais; Modalidade a definir; Transferências a Estados e DF; Transferências a Estados e DF (FAF); Transf. a Inst. Privadas sem Fins Lucrativos; Transferências a Municípios (FAF); Transferências ao Exterior

Quadro 3. Orçamento SAS - Blocos de Financiamento - Atenção Básica x Atenção Especializada - 2012 x 2014

Ano	Atenção Básica	Atenção Especializada
2012	16.962.824.666	43.613.472.582
2014	20.632.521.755	45.441.264.843
Variação %	22%	4%

Fonte: Consulta Siafi - abril/2014

Financiamento da média e alta complexidade

O bloco da média e alta complexidade foi criado mediante a Portaria 204/2007. Contudo, as NOB já haviam iniciado o movimento de descentralização da assistência na média e alta complexidade para estados e municípios. Mesmo assim, até 2013, 50% dos municípios ainda não estavam habilitados para recebimento direto desses recursos. Eles, então, são transferidos para os Estados (BRASIL, 2014).

O teto da Média e Alta Complexidade (teto MAC) incorpora um histórico que remonta ao Inamps, visto que os tetos iniciais de

estados e municípios foram estimados com base na informação da produção via Sistema de Informações Hospitalares (SIH). A Norma Operacional Básica, de 01 de agosto de 1996, estabeleceu vários tetos financeiros. Mas, com a portaria 204, de 2007, o ‘teto do MAC’ passou a ser único.

O famoso ‘teto MAC’ é o recurso alocado dentro da ação orçamentária 8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos em Média e Alta Complexidade. Ele é transferido via Fundo Nacional de Saúde para Fundos Municipal, Estadual ou do Distrito Federal. Os recursos alocados nessa ação passaram de R\$ 28,3 bilhões, em 2010, para R\$ 39,2 bilhões, em 2013 (BRASIL, 2014) - informação

de portarias já publicadas e ‘incorporadas ao teto MAC’. Uma variação de 40%.

O teto dos estados e municípios é aumentado conforme a aprovação de habilitações de novos serviços. Também pode ser revisto quando, comprovadamente, a produção apurada no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e no Sistema de Informações Hospitalares é superior ao teto do ente federativo.

Em termos operacionais, o estado ou município envia para o Ministério toda a documentação definida em portaria regulamentadora da política ou do programa; ou documento fundamentando a necessidade de habilitação de serviço ou revisão do teto. A solicitação é analisada, e, caso aprovada, é publicada portaria ministerial incorporando o valor no teto. O sistema Sismac informa todas as portarias publicadas de incorporação no MAC.

A discussão e a aprovação dos planos de ação das Redes de Atenção à Saúde, arranjo organizativo das políticas em saúde que começou a ser implantado com maior vigor a partir de 2011, orientaram grande parte dos incrementos do teto MAC.

Entre 2011 e 2013, foram incorporados R\$ 5 bilhões adicionais aos tetos dos estados e municípios, oriundos da aprovação de planos de ação e incentivos, em parcela única, para realização de exames ou organização de serviços (BRASIL, 2014).

Uma vez publicada a portaria de habilitação, os recursos são transferidos mensalmente para os fundos de saúde de estados e municípios. A prestação de contas é remetida ao Relatório de Gestão.

Os recursos transferidos servem para manter unidades próprias e de entidades privadas sem fins lucrativos conveniadas/contratadas. A apropriação mensal do valor a ser transferido é realizada a partir da verificação da quantidade e dos tipos de procedimentos realizados por estabelecimento, ou, então, por valores fixos pré-estabelecidos em portaria.

Os estados e municípios habilitados em gestão plena lançam, mensalmente, a quantidade de procedimentos realizados (produção informada) nos sistemas SIA e SIH. O Ministério da Saúde verifica inconsistências e paga o valor final (produção aprovada). Alguns procedimentos são pagos trimestralmente, haja vista o tempo necessário para registro dos mesmos nos sistemas do SUS.

O valor pago por procedimento pelo Ministério da Saúde tem sido avaliado como insuficiente. Nesse ponto, há também uma extensa discussão sobre como avançar nesse aspecto do financiamento público. Além dos valores de referência, discutem-se a metodologia de apuração e o pagamento.

De forma mais sistêmica, e no contexto da discussão sobre a efetiva descentralização da política de saúde, há indefinições no que se refere à aplicação de critérios *a priori* para distribuição e transferência dos recursos. A lei 8080/1990 e a lei complementar 141/2012 definem critérios de rateio. Confessamos a dificuldade em aplicar tantos critérios que, por muitas vezes, conflitam no direcionamento da alocação dos recursos.

Além da disparidade entre os critérios, observamos que não estamos tratando de um recurso homogêneo. Os recursos da Média e Alta Complexidade financiam desde políticas de redução da mortalidade neonatal até a manutenção de centros de referência de diagnóstico e tratamento em oncologia.

Seria necessário compor uma incrível fórmula matemática para dar conta dos critérios, atribuição de pesos, distribuição espacial, especificidade de cada política/programa, estabelecimento de incentivos que criassem externalidades positivas, entre outros, com vistas à definição sobre a distribuição do MAC.

Dessa forma, os recursos hoje alocados no MAC carregam uma forte definição de série histórica, que remonta ao Inamps. Mas se em 1995, como um todo, 90% da execução do MS eram realizados de forma direta (MELAMED, 2011), apenas para SAS, em 2014, 92%

passaram a ser executados via transferência. Ou seja, os recursos foram efetivamente descentralizados. Observou-se aumento absoluto dos recursos do MAC, os quais passaram de R\$ 28,3 bilhões, em 2010, para R\$ 36,3 bilhões em 2014 (SIAFI; BRASIL, 2014).

Todavia, a descentralização de recursos e o aumento ao longo dos anos devem ser analisados relativamente a algumas dimensões que a literatura sobre o assunto já tem apontado, as quais se tornam mais concretas e complexas no dia a dia no MS.

A primeira dimensão seria a definição da distribuição dos recursos, já comentada acima, em sua inviabilidade de aplicação dos diversos indicadores informados na legislação do SUS. Também relacionada a essa questão dos indicadores, a busca da equidade da distribuição desses recursos adviria de um equilíbrio dos componentes: acesso x necessidade x oferta x demanda (KAJIURA, 2011).

A discussão sobre governança, definida a partir de uma análise de custos de transação, pode ser uma luz para o estabelecimento de responsabilidades no que se refere a parâmetros de macrodefinição e meso/microdefinição na alocação dos recursos. Obviamente, avaliamos que há pressupostos para tanto:

Fortalecimento das bases de informação que norteiam as decisões – informações reais e individualizadas sobre procedimentos, internações, infraestrutura instalada;

Capacidade de diagnósticos assistenciais, estabelecimento, execução e monitoramento de planos de ação por parte dos gestores municipais e estaduais; individualmente e coordenadamente – depende do fortalecimento administrativo/organizacional das Secretarias de Estado e Municipais;

Reforço na estrutura de monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde; gastar menos tempo com atividades meio administrativas e assistenciais; e mais tempo na definição e reavaliação de diretrizes, correção

de rotas, apoio estratégico para estados e municípios, estabelecimento de incentivos e mecanismos para melhoria da assistência;

Apoio de órgão de controle e fiscalização da consubstanciação na definição dos papéis.

A definição sobre governança do sistema permitirá o avanço na simplificação de diversas camadas organizacionais que tiram o foco da verdadeira razão da existência do SUS: as pessoas.

Essas considerações remetem ao 2º aspecto que elencamos sobre o desafio de se ter uma estratégia mais clara de governança, o qual seria a responsabilização na execução da política (como fazer mais com o mesmo). Com relação ao 1º aspecto, nível desejado de participação do orçamento público e recursos necessários (quanto mais é necessário), já temos um grande impasse no MAC.

Em termos de compromissos firmados, tetos incorporados, o MAC finalizou o ano de 2013 com o valor de R\$ 39,2 bilhões (BRASIL, 2014). Entretanto, orçamentariamente, esse bloco de financiamento, refletido na ação orçamentária 8585, possui dotação autorizada de R\$ 36,3 milhões. Ou seja, em 2014, o MS não tem margem de expansão na assistência relacionada a esse bloco. De forma cabal, está demonstrada a insuficiência dos recursos que estão sendo alocados na saúde na esfera federal. Esse fato decorre, em especial, da criação do teto na EC 29, o que já constatamos tratar-se de uma grande armadilha para o orçamento federal para a saúde.

Está em discussão no Congresso a vinculação do orçamento à receita corrente, líquida ou bruta. O grande desafio seria definir uma fonte estável em sua existência, com crescimento vinculado a mudanças no perfil social brasileiro e sem a definição de teto, com a possibilidade de negociação de recursos adicionais em caráter temporário, reduzindo a possibilidade de veto por parte de Ministérios do Planejamento e Fazenda.

Financiamento da Atenção Básica

A alocação de recursos federais na Atenção Básica pode ser verificada nas ações 20AD (Piso da Atenção Básica Variável) e 8577 (Piso da Atenção Básica Fixo). A transferência também é efetivada via fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais, como regra.

A introdução do PAB ocorreu em 1996 (com operacionalização regulamentada em 1997 e 1998), já com seus componentes fixo e variável vinculados ao Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde [informações e histórico sobre NOB e Noas detalhados em (MELAMED, 2011)].

Avaliamos grandes avanços na Política de Atenção Básica nos últimos anos. Diferentemente do MAC, o financiamento da Atenção Básica não incorporou um legado de financiamento do INAMPS (foi, inicialmente, calculado como a soma dos procedimentos, em 1996, dividido pela população de 1997). Dessa maneira, foi maleável para, sem desconsiderar outros determinantes, ser

transformado para adequar-se às disparidades regionais e vincular-se, de forma direta, à oferta de serviços, via expansão de equipes e implementação de um consistente programa de monitoramento e avaliação.

Desde a sua instituição, o PAB fixo esteve vinculado ao pagamento de um valor *per capita* (Portaria GM 84/1998), que variava de R\$ 10,00 a R\$ 18,00. Atualmente, o PAB fixo possui quatro valores *per capita*, sendo o maior R\$ 28,00 e o menor R\$ 23,00. A variação é decorrente da categorização dos municípios conforme indicadores de cobertura por plano de saúde, Bolsa Família, extrema pobreza e densidade demográfica (BRASIL, 2014).

Já o PAB variável, em sua criação, esteve vinculado ao pagamento de equipes do PSF e agente comunitário. Atualmente, o pagamento ocorre mediante processo de habilitação de equipe, posterior verificação no CNES sobre registro de equipe e, caso a equipe não esteja registrada, descredenciamento. Além disso, a ação 20AD incorporou o financiamento do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Quadro 4. Resultados PMAQ - 2012

Desempenho	Valor adicional - equipe com saúde bucal	Valor adicional - equipe sem saúde bucal	% do total de equipes
Muito acima da média nacional	11.000.000	8.500.000	15
Acima da média nacional	6.600.000	5.100.000	36
Abaixo da média nacional	2.200.000	1.700.000	45

Fonte: Elaboração dos autores a partir de SAS, 2014, p. 27. Total de equipes não soma 100% - equipes não avaliadas/não informado

O PAB variável financia, atualmente, o custeio de:

- Equipes da Saúde da Família (eSF);
- Programa Mais Médicos;
- Agentes Comunitários da Saúde (ACS);
- Equipes de Saúde Bucal (eSB);
- Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf);
- Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ)
- Equipes de Atenção Domiciliar;

- Programa Saúde na Escola (PSE);
- Custeio de Academia da Saúde;
- Consultórios na Rua;
- Custeio das Unidades Odontológicas Móveis;
- Unidades Básicas Fluviais (ESF Fluvial);
- Custeio de Microscopista;
- Custeio dos Agentes de Combate as Endemias (ACE).

A experiência e os avanços obtidos na política de Atenção Básica reforçam nossa linha argumentativa neste artigo. A política tem definição clara sobre o papel de governo federal, Estados e Municípios. Ao longo dos anos, foram fortalecidos os meios de responsabilização e criados incentivos para definição e acompanhamento da execução de metas diretamente vinculadas ao financiamento.

O Programa Mais Médicos, entretanto, rompeu com alguns paradigmas sobre a prestação de assistência na Atenção Básica. A contratação direta de profissionais pelo governo federal enfrentou um quadro agudo de desigualdade no acesso à promoção, prevenção e aos cuidados básicos dentro dos grandes centros e em âmbito regional. O Programa e seus impactos ainda são recentes, não sendo viáveis conclusões fundamentadas sobre possíveis alterações de

tendências nos papéis.

Reconhecemos que o escopo da Atenção Básica é bem mais definido e reduzido do que os desafios que enfrenta a assistência vinculada ao financiamento via MAC. Os legados que temos apontado neste artigo também impactam as arenas e o subsistema da política da Atenção Básica, mas parecem estar mais entranhados como freios na discussão do MAC.

Não obstante, a política de Atenção Básica tem apoio discursivo de organismos internacionais. Há uma convergência. Não temos dúvidas da importância e da essencialidade da Atenção Básica. Todavia, nas discussões a respeito da definição sobre o SUS esperado, acreditamos na necessidade da observação de que a Atenção Básica seja fortalecida sempre com relação direta à assistência na média e alta complexidade. Em respeito ao princípio da integralidade do SUS e, em especial, como defesa de que o SUS não seja instrumento para reforço de desigualdade social.

Outras formas de financiamento e transferência

Cerca de 14,54% do orçamento da Secretaria de Atenção à Saúde destinam-se às transferências para apoiar capacitações, estudos e pesquisas, ações de desenvolvimento institucional, cooperações técnicas, obras e aquisição de equipamentos.

Quadro 5. Investimentos via Convênios, Fundo a Fundo e Termos de Cooperação

Ano	Nº de Propostas Aprovadas	Valor Aprovado	Valor Empenhado	Valor Pago
2011	534	1.331.985.055,04	862.108.624,77	398.283.366,55
2012	727	1.026.461.305,75	822.812.367,41	261.812.501,52
2013	749	1.206.959.150,29	576.739.876,54	
Total	2010	3.565.405.511,08	2.261.660.868,72	660.095.868,07

Fonte: SAS, 2014

Um importante indicador da efetiva execução desses recursos é o montante pago. Observa-se que, considerando o montante aprovado ou empenhado, o valor total pago ainda é muito baixo.

Um baixo valor pago reflete tanto uma efetiva baixa execução quanto uma necessidade de melhoria dos processos de desembolso do MS. Nesse aspecto, identificamos vários gargalos, desde os limites de desembolso financeiro estabelecidos pela Secretaria de Tesouro Nacional (STN) até as restrições nos processos administrativos internos do MS, que precisam de melhoria tanto em atividades de reformulação de convênios quanto na tramitação dos processos para seu efetivo pagamento.

Soma-se a isso um importante desafio de toda a gestão pública, que é efetivo planejamento, licitação e instalação/execução de obras por parte dos governos municipais e estaduais. Apesar do montante de recursos aprovados, os resultados concretos são muito ruins, acarretando infraestrutura inadequada para a assistência.

Além disso, é necessária uma melhor definição da responsabilização, a fim de que não tenhamos fluxos e refluxos e de que seja encontrado um equilíbrio na excessiva centralização do MS – o que, em última instância, obstaculiza a aprovação dos recursos –, com uma excessiva descentralização em que se acredita que, uma vez transferidos, os recursos são ‘estadualizados’ ou ‘municipalizados’.

Na execução das obras, o MS tem adotado, no que atende aos requisitos de padronização, a transferência fundo a fundo. Nesse contexto, o MS assume uma postura mais gerencial na execução das obras, estabelecendo prazos de execução e de comprovações. No entanto, o MS, considerando que já definiu os padrões de projeto, os quais também são avaliados pelas Vigilâncias Sanitárias locais, não solicita dados ou avalia a qualidade da execução.

Muitos gestores estaduais e municipais

continuam atuando de forma irresponsável, executando projetos inadequados e com materiais de qualidade questionável. A má execução resvala como se fosse responsabilidade única do MS. No entanto, toda execução de obra é formalmente atribuída a uma empresa, que tem um responsável técnico formado para executar projetos em acordo com as normas vigentes.

Gestores públicos também devem ser responsabilizados na medida em que deixaram de adotar procedimentos ou, de alguma forma, se beneficiaram com a execução inadequada do projeto/obra.

Nesse aspecto do financiamento da saúde, mais uma vez, encontramos a difícil contradição entre uma aparente disponibilidade de recursos vultosos, indo de encontro a diversas demandas não atendidas pela falta dos mesmos.

Apartir da Lei de Diretrizes Orçamentárias de 2014, esse descompasso foi acentuado com o estabelecimento das denominadas ‘emendas impositivas’ (BRASIL, 2013). Houve injeção de R\$ 4,5 bilhões em emendas individuais ao orçamento da saúde de 2014.

O Ministério da Saúde estabeleceu a possibilidade de que esses recursos sejam canalizados para reforço de custeio MAC e PAB, evitando a esterilização de recursos em convênios não executados ou em execução de obras que, no futuro próximo, pressionarão a contratação de recursos humanos e o custeio, sem correspondente disponibilidade para os gestores municipais e estaduais.

Constatamos que a Emenda Constitucional (EC)/29, conjugada com a criação das emendas impositivas, piorou o quadro de financiamento na assistência à saúde.

No que se refere aos investimentos em saúde, há um enorme desafio em sua qualificação. Ao longo dos últimos anos, foi possível canalizar cada vez mais esses recursos para compor a estratégia de implantação das Redes de Atenção à Saúde. Foram reforçados mecanismos de acompanhamento da execução desses investimentos.

Mesmo assim, os mecanismos e as efetivas melhoria e expansão de infraestrutura na assistência à saúde ainda são muito insuficientes. Alguns determinantes estão dentro do próprio subsistema da saúde. Aqui, emprestando o conceito de subsistema informado por Calmon e Pedroso:

Subsistemas de políticas públicas que operam com base em estrutura de governança específica. Esses subsistemas constituem, portanto, o que se poderia cognominar de matriz de relações institucionais, ou seja, um complexo de organizações e instituições que regem o processo de formação, implementação e avaliação das políticas públicas (NORTH, 1990). Participa também desses subsistemas amplo conjunto de atores oriundos dos setores público e privado (2011, p. 336).

Outros aspectos estão em subsistemas que afetam direta e indiretamente a capacidade de investimento do governo federal via execução descentralizada.

Conclusão

Pautar os conceitos de governança e custos de transação no debate sobre financiamento da saúde é uma tentativa de metodologia para analisar e propiciar elementos decisórios para avanços nessa questão. Uma ruptura institucional, como a Constituição de 1988, é pouco provável nos próximos anos. As definições e reconfigurações devem seguir uma lógica incremental.

O subsistema da saúde possui diversos atores com crenças, interesses e poderes diversificados e antagônicos. Mas nunca podemos perder o foco de que o acesso à saúde é um direito de todos. Não podemos perder o foco nas pessoas e em suas necessidades cotidianas. Na injustiça e na crueldade que é não ser atendido, ser maltratado ou humilhado quando estamos mais sensíveis e necessitados. Tratar as pessoas com dignidade e como cidadãos deve estar acima de todos os interesses econômicos, políticos e tecnocráticos. Deveria ser simples, mas por que tornamos tão complicado? ■

Referências

- BANCO MUNDIAL (BM). *Brasil governança no Sistema Único de Saúde (SUS): melhorando a qualidade do gasto e gestão de recursos*. 2007 (Relatório 37701 – BR).
- BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 02 maio 2014.
- _____. Lei nº 12.919, de 24 de dezembro de 2013. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2014 e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 26 dez. 2013. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12919.htm>. Acesso em: 02 maio 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- CALMON, Paulo; PEDROSO, Marcel. Incidência de Custos Transacionais em Programas do Ministério da Saúde: Um Estudo de Caso Sobre as Avaliações do Plano Plurianual (PPA). In: MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio (Org.). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: IPEA, 2011.
- CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). *O financiamento da saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2011. (Para entender a gestão do SUS, 2)
- ELIAS, P.; MARQUES, R.; MENDES, Á. O financiamento e a política em saúde. *Revista USP*, São Paulo, n. 51, p. 16-27, 2001.
- KAJTURA, A. P. A oferta de serviços de média e alta complexidade e os sistemas de informação no Sistema Único de Saúde. In: MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio Francisco (Org.). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: IPEA, 2011.
- MELAMED, C. Regulamentação, Produção de Serviços e Financiamento Federal Do Sistema Único De Saúde: dos Anos 90 Aos 2000. In: MELAMED, Clarice; PIOLA, Sérgio Francisco (Org.). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: IPEA, 2011.
- PIOLA, S. *Orçamento público e financiamento da saúde*. [Apresentação de slides]. 2010. 17 slides: color. Disponível em: <<http://edemocracia.camara.gov.br/documents/114806/114830/Apresenta%C3%A7%C3%A3o+de+S%C3%A9rgio+Piola/0f2d5bd5-cfd2-428e-a9e6-f02eb9e00bb4>>. Acesso em: 02 maio 2014.
- PIOLA, S. et al. *Financiamento do Sistema Único de Saúde: trajetória recente e cenários para o futuro*. Porto Alegre, RS: Análise Econômica, ano 30, n. especial, p. 9-33, set. 2012.
- SISTEMA INTEGRADO DE ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DO GOVERNO FEDERAL (SIAFI). Disponível em <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/siafi>> Acesso em: 04 mar. 2014.
- SERVO, L. et al. Financiamento e Gasto Público de Saúde: Histórico E Tendências. In: MELAMED, C.; PIOLA, S. F. (Org.). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: IPEA, 2011.
- VIANNA, M. L. Universalismo X Focalização e outras controvérsias: espécies em extinção? In: MELAMED, C.; PIOLA, S. (Org.). *Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: IPEA, 2011.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Percentual de gastos considerando o gasto total em saúde*. 2012. Disponível em: <<http://apps.who.int/nha/database/DataExplorer.aspx?ws=0&d=1>>. Acesso em: 02 maio 2014.

O Programa Mais Médicos e as Redes de Atenção à Saúde no Brasil

Mais Médicos *Program and Health Care Networks in Brazil*

¹ Mestre em Teoria e Administração em Saúde Pública pela Escola de Saúde Pública do Instituto Superior de Ciências Médicas de La Habana - Havana, Cuba. Representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) /Organização Mundial de Saúde (OMS) no Brasil. molinajo@paho.org

² Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública do Instituto Superior de Ciências Médicas de La Habana - Havana, Cuba. Consultor aposentado da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) /Organização Mundial de Saúde (OMS). juliosu@gmail.com

³ Doutora em Saúde Pública e Comunitária pela Universidade de Dundee - Dundee, Escócia. Assessora da Representação da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) /Organização Mundial de Saúde (OMS) no Brasil. coserluc@paho.org

⁴ Mestre em Saúde Pública pelo Instituto Superior de Ciências Médicas de La Habana - Havana, Cuba. Consultor Nacional da Representação da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) /Organização Mundial de Saúde (OMS) no Brasil para o Projeto Mais Médicos. oliveirag@paho.org

⁵ Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil. Consultora Nacional da Representação da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) /Organização Mundial de Saúde (OMS) no Brasil para o Projeto Mais Médicos. fortumar@paho.org

Joaquín Molina¹, Julio Suárez², Lucimar R. Coser Cannon³, Glaucio Oliveira⁴, Maria Alice Fortunato⁵

RESUMO Este artigo procura discutir a colaboração entre a Organização Pan-Americana da Saúde e o Programa Mais Médicos (PMM), debruçando-se sobre os mandatos dos Estados-Membros da Organização para a cooperação técnica no desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde e a Cooperação Sul-Sul, ao mesmo tempo que o vincula aos elementos conceituais e da política nacional de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil. Apresenta, ainda, a relevância do PMM na medida em que incrementou o número de médicos atuantes no SUS, especificamente na Atenção Básica, nos municípios mais vulneráveis e seu impacto na garantia do direito à saúde da população com a melhora da atenção primária e das redes integradas de serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde; Sistemas de saúde; Saúde pública.

ABSTRACT *This paper aims on discussing the collaboration between the Pan-American Health Organization and Mais Médicos Program (PMM), analyzing the State-Members' terms of office in the Organization for technical cooperation on the development of Health care systems and services and the South-South Cooperation, at the same time it links it to the conceptual elements and to Brazilian national Unified Health System (SUS) development policy. It also presents PMM's relevance, as it increased the number of active doctors on SUS, particularly on primary care, in the most vulnerable cities and its impact on guaranteeing population's right to health with improvement of primary care and integrated health services networks.*

KEYWORDS *Primary Health Care; Health systems; Public health.*

Introdução

Em julho de 2013, o governo brasileiro, por meio de uma medida provisória, lançou o Programa Mais Médicos (PMM), cuja regulamentação está sob responsabilidade dos Ministérios da Saúde e da Educação. Em 22 de outubro de 2013, foi aprovada pelo Congresso Nacional e, posteriormente, sancionada pela Presidente da República a Lei nº 12.871, que institui o PMM (BRASIL, 2013). Essa iniciativa visa a garantir a assistência médica imediata em regiões carentes até que esforços para ampliar a formação médica nacional consigam cobrir todas as necessidades de atenção à saúde. Os 1.557 municípios com 20% ou mais da população vivendo em situação de vulnerabilidade social foram considerados prioritários para receber o benefício do componente de provimento emergencial do PMM (BRASIL, [S.D.]).

Como parte desse programa, o Ministério da Saúde do Brasil (MS) solicitou a colaboração da Organização Pan-Americana de Saúde/ Organização Mundial de Saúde (Opas/OMS) para, inicialmente, apoiar os processos de gestão do conhecimento, capacitação, monitoramento e avaliação relacionados ao fortalecimento da Atenção Básica, assim como para facilitar a participação de médicos estrangeiros. A Organização respondeu positivamente ao reconhecer que o PMM é pautado nos mesmos valores, princípios e objetivos da Opas/OMS sobre o desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde e os recursos humanos que trabalham neles, assim como outros mandatos que instam impulsionar a cooperação entre países e a Cooperação Sul-Sul (OPAS, [S.D.]).

Este artigo descreve, sob a perspectiva da Opas/OMS, a experiência inicial de colaboração com o PMM, revisa o relacionamento do Programa com os principais mandatos da Organização das Nações Unidas (ONU) e da própria Opas/OMS para o desenvolvimento dos sistemas de saúde com base na estratégia

de Atenção Primária à Saúde (APS) e discute sua relevância para a estruturação e o desenvolvimento de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil.

Cooperação Técnica da Opas/OMS. A Cooperação Sul-Sul

A Opas foi fundada em 1902 pelos países do Continente Americano – é um Organismo Internacional Público, com 38 Estados-Membros (OPAS, [S.D.]). É o escritório regional da OMS no hemisfério ocidental e a agência especializada em saúde da ONU. Ao mesmo tempo, a Opas é o organismo coordenador das atividades internacionais das repúblicas americanas na área da saúde, no âmbito do Sistema Interamericano da Organização dos Estados Americanos (OEA). Em essência, é um órgão intergovernamental para a cooperação técnica em saúde.

As ações da Opas/OMS são determinadas por mandatos de seus corpos diretores, que são integrados por representantes dos Ministérios da Saúde de seus Estados-Membros e Associados. O Secretariado da Organização coordena e desenvolve as ações de cooperação técnica emanadas dos mandatos, e sua sede está localizada em Washington, D. C., nos Estados Unidos da América.

A inserção da Opas/OMS no Brasil está regida por um acordo-marco que define as prerrogativas, privilégios e imunidades para desenvolver o trabalho da Organização no País. O trabalho operativo é organizado de acordo com um Plano Estratégico de Cooperação, conhecido por sua sigla em inglês *Country Cooperation Strategy*, que precisa os objetivos e enfoques prioritários da cooperação técnica (OPAS, 2013). Mais especificidades sobre resultados esperados e atividades se plasam no Plano de Trabalho Bidual e em acordos específicos, chamados

Termos de Cooperação (TC), um dos quais, o TC nº 80, é referente ao PMM (OPAS, 2013).

O intercâmbio de informações, saberes e experiências entre os Estados-Membros é uma ferramenta importante de cooperação para o desenvolvimento, que pode ser veiculado pela Cooperação Sul-Sul (CSS). Esse é um tipo de cooperação que abre oportunidades ao intercâmbio de experiências reais, por meio do compartilhamento de conhecimento, intercâmbio de tecnologia, reforço mútuo das capacidades, transferência institucional de capacidades operacionais e regulatórias, promoção da autossuficiência nacional e de construção de coligações, entre outras. Encontra-se em constante evolução e é aberta a oportunidades capazes de ampliar as fontes de conhecimento. O Plano de Ação para Promover e Implementar a Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento de Buenos Aires (Bapa/1978) foi o primeiro mandato à ONU para o fortalecimento da cooperação entre os países (UNDP, 1978). Atualmente, a ONU possui uma Unidade Especial de Cooperação Sul-Sul sob a coordenação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), que é regulada por princípios acordados entre os Estados-Membros. Dessa forma, vários mandatos emergiram da ONU e de suas agências especializadas devido ao crescente dinamismo econômico de alguns países em desenvolvimento, que vêm transmitindo maior energia à CSS por meio da integração regional em todo o mundo em desenvolvimento.

Em 2009, a Conferência de Alto Nível das Nações Unidas sobre Cooperação Sul-Sul, realizada em Nairóbi, recomendou que a CSS e sua respectiva agenda fossem definidas conjuntamente pelos países do sul e guiadas pelos princípios do respeito à soberania e à apropriação nacional, independência, igualdade, não condicionalidade, não ingerência nos assuntos internos, produzindo benefícios mútuos, verificando a necessidade de reforçar capacidades locais, apoiando

instituições, recursos humanos e sistemas nacionais e incentivando a melhoria dos mecanismos de coordenação em países em desenvolvimento (ONU, 2009).

A CSS em saúde tem se revestido de grande relevância, e, com base nos mandatos globais e regionais e na própria visão e compromisso do Brasil para com o desenvolvimento de sua área de cooperação internacional, a ONU incluiu um eixo estratégico específico para a cooperação Sul-Sul no contexto do desenvolvimento sustentável e da erradicação da pobreza no Marco de Assistência das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil 2012-2015 (UNDAF, 2011), celebrado com o governo brasileiro.

Por sua vez, a Opas/OMS tem envidado esforços contínuos para fortalecer a cooperação em saúde entre os países como um poderoso instrumento para promover a solidariedade, reforçando a capacidade institucional dos países para atender às suas necessidades de saúde. Sabendo que a CSS pode ser um ótimo mecanismo para o desenvolvimento de redes e parcerias para tratar dos determinantes sociais da saúde e fortalecer as políticas públicas, a Organização não hesita em apoiar iniciativas dessa natureza. Assim, a Opas/OMS destaca-se por haver criado mecanismos específicos de apoio à CSS como uma forma concreta de implementar as estratégias definidas desde 1978 e atender à sua missão de liderar os esforços de colaboração estratégicos entre os Estados-Membros e outros parceiros para promover a equidade em saúde, combater doenças e melhorar a qualidade de vida dos povos das Américas (OPAS, 2008).

Entre os mandatos à Opas/OMS, vários são destinados à cooperação para o fortalecimento dos serviços e sistemas de saúde e, especificamente, para a implementação da estratégia de APS e o desenvolvimento de redes integradas de cuidados à saúde. Os argumentos e posições contidos neste artigo são baseados no marco institucional dos mandatos e na natureza da Organização,

como um organismo internacional dedicado à cooperação em saúde (OPAS, [S.D.]).

A estratégia de Atenção Primária à Saúde e as Redes Integradas de Serviços de Saúde

Os sistemas de saúde das Américas atuam em um contexto marcado por mudanças demográficas e epidemiológicas, acelerada e descontrolada urbanização, sob os efeitos das alterações climáticas e da deterioração dos sistemas de proteção social, associados a uma crescente presença de esquemas privados de seguros de saúde e à rápida introdução de tecnologias diagnósticas e terapêuticas mal reguladas.

Em 2020, o Continente Americano terá 200 milhões de idosos, quase o dobro de 2006, sendo que a maioria dessa população estará vivendo na América Latina. Sabe-se que, em 2025, 50% dos nascidos na América Latina vão viver mais de 80 anos. Por outro lado, as doenças crônicas não transmissíveis crescem, e são, atualmente, a principal causa de morte em praticamente todos os países. De todas as mortes ocasionadas por essas doenças, 80% ocorrem em países de baixa e média renda, sendo que a epidemia causa danos maiores à saúde das populações de baixa renda (CIESS, 2012).

O envelhecimento da população explica uma parte do aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis nos últimos anos. Outro fator importante é o crescimento dos entornos condicionantes desse tipo de padecimento, gerado por estilos de vida sedentários, exposição a riscos e hábitos alimentícios favorecedores, que, entre outros elementos, encontram espaço em uma regulação sanitária permissiva e no desconhecimento e na conscientização dos fatores condicionantes dessas doenças.

Frente a essa já grande e crescente ameaça

à saúde da população, o fortalecimento da APS e o acesso universal a serviços básicos de qualidade pelas pessoas com riscos ou portadoras de doenças crônicas são necessidades impostergáveis, além de um direito humano reconhecido.

A Declaração sobre Atenção Primária à Saúde (APS) foi assinada na Conferência Internacional realizada em Alma Ata, em 1978, a qual coloca a saúde como um direito humano fundamental e denuncia as desigualdades em saúde como política, social e economicamente inaceitáveis. Reconhece a estreita relação entre saúde, desenvolvimento e o direito e o dever da população de participar da gestão da sua saúde, e propõe alterações técnicas e políticas, além de mudanças na alocação de recursos (OMS, 1978).

Em 2007, os Estados-Membros da Opas aprovaram uma resolução sobre a renovação da estratégia de atenção primária para reforçar os sistemas de saúde, com o propósito de alcançar a universalidade com equidade. Relatórios lançados em 2008 e 2010 sobre a saúde no mundo recomendaram processos de reforma destinados à implementação da Estratégia Renovada de Atenção Primária em Saúde. (OPAS, 2007).

No mesmo sentido, a Opas/OMS lançou, em 2010, uma iniciativa para promover a implantação de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) organizadas em torno da APS. Essa iniciativa identifica a fragmentação dos sistemas de saúde como o principal obstáculo para organizar as RISS, e expressa claramente que a APS não é um programa fraco para pessoas pobres, com um primeiro nível de Atenção Básica pouco resolutiva. A APS é uma estratégia de mudança em direção à reorganização dos sistemas de saúde, onde o primeiro nível de atendimento é o articulador da rede de cuidados, oferecendo serviços de saúde integrais, prestados por equipes multidisciplinares, organizados em um modelo que atende aos requerimentos individuais do curso da vida. Esse nível serve como porta de entrada para o sistema de saúde e garante a

continuidade dos cuidados e a participação da população. (OPAS, [S.D.])

Mesmo tendo provas suficientes da superioridade dos sistemas de saúde baseados na APS, sérios desafios persistem para que se tornem o eixo dos sistemas de saúde e sejam, de fato, o ordenador da entrada das pessoas no mesmo. O desenvolvimento da APS fica limitado quando a atenção às pessoas nas redes de serviços é desintegrada e persiste um modelo de atenção centrado no hospital, com dificuldades para fixar o profissional – especialmente os médicos – no primeiro nível de atenção, faltando incentivos para os trabalhadores da Atenção Básica.

O Brasil compartilha muitos desses problemas e desafios e tem respondido com o lançamento e a implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para fazer da APS o eixo do SUS (BRASIL, 2012). Assim, consideramos as diretrizes de organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS, como uma importante estratégia para superar a fragmentação dos cuidados dos pacientes e melhorar o funcionamento do Sistema (BRASIL, 2010). Segundo essas diretrizes, uma RAS é definida como os arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). Definem-se 14 atributos que as RAS devem cumprir e três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

Conceitual, estratégica e operacionalmente, a posição do Brasil coincide com o processo de renovação da APS, lançado pela Opas/OMS, e com a proposta das RISS e seus atributos, aprovados pelos corpos diretores da Organização. A cooperação histórica da Opas/OMS com o Brasil para o fortalecimento do SUS e, mais recentemente, para o desenvolvimento do PMM responde aos

valores, princípios e conteúdos compartilhados pela Organização e pelo Brasil.

A cooperação da Opas/OMS com o Programa Mais Médicos (PMM)

O apoio da Opas/OMS ao PMM se soma a um conjunto de ações de cooperação técnica com o Brasil para fortalecer, de forma especial, a APS e a Estratégia Saúde da Família (ESF) no âmbito do desenvolvimento do SUS. Prevê atividades de qualificação e valorização dos profissionais da APS, de gestão e intercâmbio de conhecimento e a apropriação e documentação de experiências e boas práticas.

O PMM do Brasil inclui três componentes: a expansão e a melhoria da infraestrutura das unidades de saúde; a ampliação da oferta na graduação e na residência médica e a reorientação da formação e integração da carreira; e o provimento emergencial com médicos nas Unidades Básicas de Saúde dos municípios socialmente mais vulneráveis e em Distritos Sanitários Especiais Indígenas. (BRASIL, [S.D.]).

No terceiro componente – o que tem sido mais citado pelos meios de comunicação, o governo brasileiro priorizou a inscrição no PMM de médicos formados no Brasil. Após essa fase, abriu inscrição individual para médicos brasileiros formados no exterior e para médicos de outros países que têm proporção maior de 1.8 médico por mil habitantes (BRASIL, [S.D.]). Por último, convocou médicos estrangeiros por meio da cooperação internacional, que, igualmente, devem vir de países com mais de 1.8 médico por mil habitantes. Esse último chamado foi instrumentado por meio da cooperação da Opas/OMS, mobilizando médicos cubanos.

Todos os médicos, brasileiros e estrangeiros, são supervisionados por professores brasileiros durante todo o período de

permanência no PMM e têm que cursar e obter aprovação em um módulo de acolhimento que procura fortalecer o domínio da língua portuguesa e os conhecimentos sobre as normas e o funcionamento do SUS, assim como sobre outros elementos sociais e culturais da medicina no País e aqueles relacionados à situação de saúde. O módulo de acolhimento é o primeiro ciclo do curso de especialidade em saúde familiar que todos os participantes do PMM devem fazer (BRASIL, [S.D.]).

Para tornar efetiva a cooperação técnica da Opas/OMS, foi assinado um convênio de cooperação (TC 80) entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Opas/OMS, bem como sucessivos Termos de Ajuste (TA) (OPAS, 2013). Os TAs detalham os compromissos técnicos e financeiros do Ministério de Saúde e da Opas/OMS nos diferentes componentes do PMM. A Opas/OMS também firmou um convênio de cooperação com o Ministério da Saúde de Cuba para a mobilização de médicos cubanos ao Brasil, com o intuito de preencher as vagas que não puderam ser ocupadas por outros médicos estrangeiros e brasileiros e de impulsar o intercâmbio

de conhecimentos e práticas em Atenção Básica de saúde no âmbito do PMM, dada a experiência desses médicos.

Desde o início do processo de cooperação, foi estabelecida uma estreita colaboração entre a Opas/OMS, os Ministérios da Saúde e da Educação do Brasil e o Ministério de Saúde Pública de Cuba, além de outras instâncias envolvidas, para garantir a migração temporária de pessoas e inseri-las em milhares de municípios brasileiros. Os esforços de coordenação e logística para direcionar os médicos cubanos aos municípios de todos os estados do País foram e continuam sendo consideráveis.

Segundo dados do MS, do dia 24 de abril de 2014, o PMM conta com 14.090 médicos que, com suas equipes de Saúde da Família, cobrem uma população de 48,6 milhões de pessoas, em 3.866 municípios e 33 distritos indígenas (ver mapas). 75% desse total estão localizados no semiárido do Nordeste, na periferia de grandes centros urbanos com Índice de Desenvolvimento Humano baixo ou muito baixo e em municípios e regiões com população quilombola, definidos como lugares prioritários para o atendimento emergencial (BRASIL, [S.D.]).

Figura 1. Médicos em atuação pelo Programa

14.090 médicos

1.597 brasileiros, 1.163 intercambistas individuais e 11.330 cooperados

- 48,6 milhões de pessoas cobertas
- Mais de 100% da demanda apontada pelos municípios

3.866 municípios e 33 distritos indígenas cobertos

6.562 médicos para os 1.805 municípios carentes:

- Semiárido
- Municípios com IDHM baixo ou muito baixo
- Região Norte
- Vales do Jequitinhonha, Mucuri e Ribeira
- Médio Alto Uruguai
- Municípios com população quilombola
- Saúde indígena



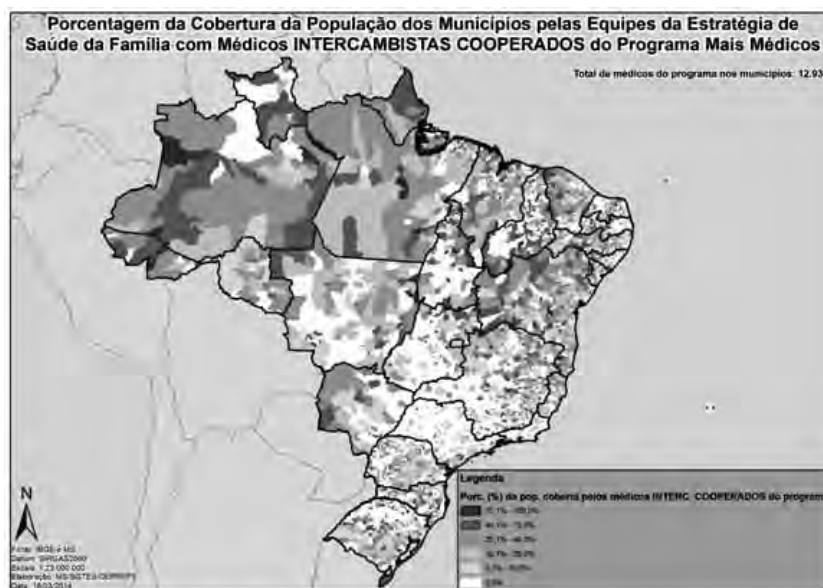
Fonte: Brasil, 2014

Dos 14.090 médicos do PMM, 11.330 são cubanos, que prestam serviço em mais de 3.589 municípios, distribuídos nas 27

unidades da Federação. Os cubanos representam 86% do total de médicos do Programa. (BRASIL, [S.D.]).

Figura 2. Profissionais cooperados no Mais Médicos

Mais de 11.330 médicos cubanos em mais de 3.589 municípios



Fonte: BRASIL, 2014

O Programa Mais Médicos. Oportunidades e desafios para desenvolver as Redes de Atenção à Saúde no Brasil

A Opa/OMS estima que o PMM pode fazer uma contribuição essencial para o alcance de um SUS universal, equitativo, abrangente e participativo, por três razões principais:

Primeiramente, para levar a concepção do SUS a lugares onde sua presença era inexistente ou muito precária, onde vivem e trabalham populações predominantemente pobres e sem outra opção de atendimento à saúde devido às barreiras geográficas,

socioculturais e econômicas.

Em segundo lugar, a presença de profissionais médicos torna possível a implementação de equipes de Saúde da Família, qualificando as capacidades de resposta e a integralidade dos serviços de saúde, coletivos e pessoais, de acordo com os valores, princípios e forma de ação da Estratégia Saúde da Família (ESF), incluindo intervenções sobre os determinantes sociais da saúde na sua comunidade.

Finalmente, o PMM amplia as oportunidades de transformar a APS em entrada principal do SUS, inatingível sem a presença estável de médicos de Atenção Básica ou primária. Permite implantar o modelo de cuidados concebido pela ESF ao longo do

tempo, contribuindo para a organização e o desenvolvimento das RAS.

O Brasil definiu as RAS como o eixo da organização dos serviços do SUS. Organizou redes regionalizadas, com a participação de gestores municipais, estaduais e federais, e elaborou planos e regulamentos para sua organização e funcionamento. Entretanto, além dos exemplos de RAS que funcionam bem, o SUS ainda não alcançou totalmente os objetivos traçados para o desempenho e o funcionamento das redes. O próprio regime federativo e a gestão participativa do SUS impõem desafios políticos, financeiros e técnicos particulares à conformação das RAS. A cultura predominantemente centrada no hospital ainda persiste, e as debilidades acumuladas na gestão de redes, nas unidades de saúde e no primeiro nível de atendimento para atuar como porta de entrada são causas que conspiram contra um melhor desenvolvimento das RAS e, conseqüentemente, para o alcance dos objetivos que norteiam o SUS.

O PMM disponibiliza profissionais qualificados para trabalhar na comunidade e na família, motivados e com capacidade para resolver a maioria dos problemas de saúde pública e para liderar, juntamente com as equipes de SF, a reorientação do modelo de atenção com valores e princípios da APS. Outra grande oportunidade é que esses médicos chegam aos seus locais de trabalho para levar um processo de formação em saúde familiar de três anos de duração. Trabalhar em um ambiente de aprendizagem é a melhor maneira para qualificar a atenção e estimular uma alta motivação da equipe.

Depreende-se, então, que o PMM, mais que um plano de extensão de cobertura de tempo limitado, está procurando uma maneira de consolidar o SUS sobre o eixo da APS. O PMM não se limita ao componente de mobilização de médicos para lugares que necessitam de provimento – provavelmente, o componente que tem recebido maior divulgação. O PMM tem um alcance mais abrangente: o incremento e a melhoria

da infraestrutura dos serviços de saúde, o aumento da formação de profissionais para o SUS e as alterações no currículo acadêmico de formação em medicina, que passará a ter maior orientação para a APS – todas elas estratégias que darão sustentabilidade à iniciativa. Os eixos de infraestrutura e ensino-serviços são vitais para que os médicos emergencialmente mobilizados possam desenvolver suas possibilidades de trabalho e contribuições, a fim de melhorar a APS.

A saúde como um direito e um valor essencial para o desenvolvimento da sociedade norteia o trabalho do PMM ao promover a interação com as famílias e a comunidade no ambiente onde vivem, não apenas no consultório ou na unidade de saúde. Com esse propósito, o programa e os médicos participantes devem conhecer as fortalezas e os recursos da cultura local e a organização da comunidade, além de interagir com os líderes para promover benefícios coletivos e condições sociais favoráveis à saúde.

A estratégia de promover a saúde por meio da sensibilização, comunicação, educação e dos arranjos intersetoriais, para intervir sobre os determinantes sociais e os fatores de risco que afetam a saúde local, não é compatível com o comportamento de um médico que aguarda doentes em seu consultório.

Assim, existe a possibilidade de agir coletiva e individualmente na prevenção de riscos e danos à saúde, impulsionando estratégias de vida saudável e ações preventivas específicas para os problemas e doenças prevalentes, com atendimento individual, familiar e comunitário. Conseqüentemente, o atendimento domiciliar, em escolas e em locais de trabalho está previsto no âmbito do PMM.

De acordo com o acima exposto, uma contribuição chave do PMM – se não a mais significativa – é a transformação do modelo de atenção passivo e puramente clínico, predominantemente de eventos agudos, para um modelo voltado aos cuidados contínuos às pessoas, às famílias e à comunidade. Essa

mudança de paradigma auxiliará, efetivamente, na implantação de uma melhor ESF e na potencialização da APS no SUS, devendo, também, impactar positivamente a eficácia das RAS.

Os médicos cubanos, mobilizados pela Opas/OMS, têm formação especializada em saúde familiar e comunitária, com experiência de trabalho vis-à-vis ao modelo de atenção em saúde que a ESF deseja implantar. O Brasil pode se beneficiar do perfil desses médicos; eles, por sua vez, adquirem novos conhecimentos e experiências trabalhando no SUS. Algumas únicas, como, por exemplo, o atendimento em zonas indígenas e quilombolas e na região Amazônica, cuja cultura está repleta de conceitos e tradições próprias sobre saúde.

O desempenho adequado do médico e de sua equipe de saúde é condição necessária, mas não suficiente, para que a APS seja efetivamente a porta de entrada do sistema de saúde e se torne seu eixo estruturante. Também é necessário que a atitude e o comportamento de todos os membros da RAS evoluam de acordo com as novas possibilidades. As mudanças exigem tempo, vontade política e construção coletiva entre equipes de APS, gestores e equipe dos serviços de outros níveis de atenção. São mudanças difíceis porque a governança de algumas redes é fraca – existem estruturas de poder tradicionais enrustadas nos serviços de saúde que apresentaram resistência ao trabalho em rede e à valorização do primeiro nível de atenção. Infelizmente, o modelo centrado no médico e no hospital ainda prevalece na mente e na prática de muitos profissionais e gestores, e, com certeza, também em boa parte da população.

Colocar a APS no comando do sistema requer mudanças estrutural e cultural profundas, que não são alcançadas apenas por um decreto.

Estamos convencidos de que o PMM pode contribuir para a reorientação do modelo de atenção, pelas razões já mencionadas. Os

médicos do PMM não são ilhas no SUS, e sim membros orgânicos do sistema. Fazem parte das equipes de Saúde da Família, trabalham e se integram à comunidade: aí reside um dos valores para a defesa do programa.

Para o sucesso do PMM, é necessário contar com o acompanhamento contínuo de gestores municipais, estaduais e federais para propiciar o funcionamento em rede.

A aceitação de um maior protagonismo da APS nas redes de atenção requer uma nova liderança da APS e que os profissionais de primeiro nível interajam e conheçam seus colegas do segundo nível. Da mesma forma, os gestores de segundo e terceiro níveis devem estabelecer com o primeiro nível uma relação horizontal e virtuosa. Esse é o grande desafio para que o PMM contribua efetivamente para o desenvolvimento das RAS.

Segundo dados do Ministério da Saúde, obtidos de 688 municípios onde 1.592 médicos do PMM trabalhavam, em novembro de 2013, foi observado um crescimento de 27,3% nos atendimentos de hipertensos e de 14,4% de pessoas com diabetes, em comparação com junho do mesmo ano (BRASIL, [S.D.]). Durante o mesmo período, houve um crescimento de 10,3% de consultas nas cidades com médicos do programa. Trata-se de uma parcela do universo que o PMM abrange, já que, atualmente, mais de 14.000 desses médicos trabalham em equipes de Saúde da Família, cobrindo 48,6 milhões de pessoas (BRASIL, [S.D.]).

Esses dados preliminares mostram que a presença de médicos nas equipes do primeiro nível de atenção deve, conseqüentemente, aumentar o número de consultas, prescrições de medicamentos, pedidos de exames de diagnóstico e consultas especializadas nos serviços de média e alta complexidade. Igualmente, deve melhorar a capacidade de diagnosticar as doenças e, possivelmente, aumentará a demanda por serviços médicos de média complexidade. O aumento deve ser entendido como um fato positivo, mesmo que gere em algumas RAS listas de espera,

esgotamento dos recursos de diagnóstico ou escassez de certos medicamentos. É muito possível que em certos momentos os gestores das RAS recebam reações negativas dos especialistas pelo aumento da demanda originada na Atenção Básica, ou queixas dos serviços de diagnóstico por imagem e laboratório em função do aumento do número de exames. Mal-entendidos e conflitos podem acontecer, mas a existência de um primeiro nível que trabalha à plena capacidade supera qualquer atrito que possa advir.

Essa é uma oportunidade de ouro para fortalecer as RAS, pois as deficiências do desenho da rede ficarão evidentes, bem como aspectos da organização, do regulamento, recursos e insumos que devem ser corrigidos. Tudo isso fornecerá informações valiosas para investimentos de infraestrutura planejados no PMM. Segundo o Ministério da Saúde, esses investimentos podem chegar, em 2014, a 15 bilhões de dólares em todo o País, dos quais, 7.400 milhões já estão em execução (BRASIL, [S.D.]).

O PMM deverá fortalecer as RAS na medida em que pressionar a utilização dos instrumentos de gestão e do atendimento em rede regulado pelo SUS, mas que não estão sendo utilizados devido à baixa capacidade resolutiva na Atenção Básica por falta de médicos. Alguns exemplos nesse sentido são os diagnósticos de saúde das comunidades atualizados, referência e contrarreferência de doentes, cumprimento das guias e dos protocolos de atenção, história clínica unificada, informações sobre diagnósticos e atendimentos com maior precisão, entre outros.

Em suma, as RAS são sistemas e, como acontece em qualquer sistema, seus elementos reagem quando ocorrem alterações em algum componente. A chegada de mais de 14.000 médicos do PMM para o primeiro nível de atenção significa, na prática, um melhor funcionamento das equipes de Saúde da Família, aumentando imediatamente o acesso e a resolutividade do primeiro nível (BRASIL, [S.D.]).

Considerações finais

Mudanças notáveis ocorreram desde a Conferência de Alma Ata, de 1978. A riqueza e a população cresceram, o mundo se globalizou no que se refere à movimentação de pessoas e mercadorias, as distâncias foram encurtadas por uma interconectividade virtual que cresceu exponencialmente, inéditas redes sociais surgiram, novas tecnologias abriram perspectivas para postergar a morte e melhorar a qualidade de vida, e extraordinários avanços em saúde pública foram observados, entre outras mudanças importantes.

A validade formal dos direitos econômicos, sociais e culturais, incluindo o direito à saúde, ficou mais enraizada, e a população se tornou mais consciente de seus direitos. Sem dúvida, os valores e princípios consagrados em Alma Ata e a estratégia de saúde baseada na APS permanecem em vigor – esse é o contexto no qual o PMM está inserido.

A cooperação da Opas/OMS, pautada nos acordos de cooperação entre Brasil e Cuba para o desenvolvimento do PMM, continuará até que os Estados-Membros encontrem utilidade nela. A Opas/OMS tem o compromisso de monitorar e avaliar o desempenho do PMM, ajudando a identificar obstáculos e barreiras em seu desenvolvimento e divulgando as práticas e experiências de sucesso, o que implica, inevitavelmente, fazer considerações sobre o programa como um todo, e não apenas sobre o componente do provimento emergencial por meio dos médicos cubanos. Para atender a essa responsabilidade, a Opas/OMS está elaborando um plano de monitoramento e avaliação que será totalmente implantado até o fim de 2014.

Os médicos ainda estão chegando aos municípios, e brevemente será ultrapassado o número de 14.000 profissionais trabalhando no primeiro nível de atenção. É cedo para julgamentos. Podemos apenas fazer projeções e hipóteses, como as relatadas neste artigo. O impacto sobre os serviços de média e alta

complexidade será inevitável. Esse impacto fortalecerá as RAS se as partes envolvidas se empenharem com maturidade para superar os obstáculos e deixarem de lado pequenos interesses, para colocar em primeiro lugar o cumprimento da missão do SUS.

Reforçamos que a Opas/OMS realizará um processo de acompanhamento do

desenvolvimento do PMM juntamente com o Ministério da Saúde e em parceria com instituições nacionais e internacionais. Seus resultados e lições aprendidas serão compartilhados com interessados no Brasil e em outros países da região e do mundo. À medida que informações valiosas sejam obtidas e análises concluídas, tornaremos disponíveis. ■

Referências

BRASIL. Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 23 out. 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 27 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. In: PINTO, H. A. 3ª *Reunião Ordinária da Comissão de Intergestores Tripartite*. Brasília, DF, 24 abr. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*, 2012. Brasília, DF. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a

organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 21 dez 2010. Seção 1, p. 88-93. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acessado em: 06 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Mais Médicos*. [S.d.]. Disponível em: <<http://maismedicos.saude.gov.br/>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDOS DE SEGURIDAD SOCIAL (CIESS). *O envelhecimento saudável, tema central do dia mundial da saúde*. 2012. Seguridad Social para Todos, México. Disponível em: <<http://www.seguridadsocialparatodos.org/pt/noticias/o-envelhecimento-saudavel-tema-central-do-dia-mundial-da-saude-2012>>. Acesso em: 06 maio 2014.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). *The High Level United Nations Conference on South-South Cooperation*, Nairobi, 2009. Disponível em: <<http://southsouthconference.org/>>. Acesso em: 19 jun. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). In: Ministério da Saúde/UNICEF. *Primary Health Care - Report of the International Conference on PHC*, Alma-Ata, 1978, Cazaquistão. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracoeseccarta_portugues.pdf>. Acesso em: 05 maio 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *CE152/15: Cooperação entre Países para o Desenvolvimento da Saúde nas Américas*. Sessão do Comitê Executivo, 152. Washington, D.C., 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=21647&Itemid=270&lang=pt>. Acesso em: 29 abr. 2014.

_____. *Modelo de Gestão da Representação da OPAS/OMS no Brasil – 2008-2012: Orientação da cooperação técnica e alinhamento dos recursos humanos, financeiros e tecnológicos*. Brasília, DF, 2008. p.13. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/M/2008/opas_Modelo_Gestao.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2014.

_____. *Missão, Visão e Valores*, [S.d.]a. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=885&Itemid=672>. Acesso em: 28 abr. 2014.

_____. *Países e Centros* [S.d.]b. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=2005&lang=es>. Acesso em: 28 abr. 2014.

_____. *Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS)*, [S.d.]c. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=343&Itemid=1>. Acesso em: 19 jun. 2014.

_____. *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización*, Washington D.C., 2007. Disponível em: <http://www1.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf>. Acesso em: 05 maio 2014.

_____. *TC 80: Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde - Projeto Acesso da população Brasileira à Atenção Básica em Saúde*, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://www.paho.org/BRA/index.php?option=com_content&view=article&id=4599:tc-80-acesso-da-populacao-brasileira-a-atencao-basica-em-saude&Itemid=610>. Acesso em: 05 maio 2014.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT ASSISTANCE FRAMEWORK (UNDAF). *Marco de Assistência das Nações Unidas para o Desenvolvimento (2012-2015)*, 2011. Disponível em: <<http://www.undg.org/docs/13435/UNDAF-2012-2015---Pt..pdf>>. Acesso em: 05 maio 2014.

UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP). *The Buenos Aires Plan of Action (BAPA)*. 1978. Disponível em: <http://tcddc.undp.org/knowledge_base/bapa_spanish.aspx>. Acesso em: 05 maio 2014.

Programa SOS Emergências: uma alternativa de gestão e gerência para as grandes emergências do Sistema Único de Saúde

SOS Emergências Program: a management alternative to Unified Health System's great emergencies

Luíz Carlos de Oliveira Cecílio¹, Ana Augusta Pires Coutinho², Fernanda Luiza Hamze³,
Alexsandra Freire da Silva⁴, Lorayne Andrade Batista⁵, Anna Paula Hormes de Carvalho⁶

¹ Livre Docente pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil. Professor Adjunto do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.
luizcecilio60@gmail.com

² Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Coordenadora do Programa SOS Emergências, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
ana.coutinho@saude.gov.br

³ Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil. Técnica Especializada da Coordenação Nacional do Programa SOS Emergências, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde – Brasília (DF), Brasil.
hamzefernanda@gmail.com

RESUMO O artigo apresenta e discute os pressupostos, os arranjos, as estratégias adotadas, bem como os resultados preliminares do Programa SOS Emergências do Ministério da Saúde, com particular ênfase nas taxas de ocupação dos hospitais que dele participam. Reconhecendo dificuldades tanto de ordem mais interna (a complexa integração do hospital-emergência com o hospital-eletivo, as tensões e disputas nos seus órgãos colegiados de condução, e o risco de que se burocratizem, a nem sempre garantida adesão de atores internos à proposta), quanto de ordem externa (a baixa capacidade regulatória dos gestores, os recursos financeiros sempre aquém das necessidades dos hospitais, as dificuldades para se ter uma Rede de Urgência e Emergência funcionando de fato, os diferentes graus de investimentos e compromisso dos gestores, entre outros) o artigo problematiza os horizontes do Programa.

PALAVRAS-CHAVE Emergências; Administração de serviços de saúde; Política de saúde; Serviço hospitalar de emergência.

ABSTRACT *The paper presents and discusses the assumptions, the arrangements, the strategies adopted by, as well as the preliminary results of the Brazilian Ministry of Health's SOS Emergências Program, with particular emphasis on occupancy rates of the hospitals that participate in it. Recognizing the Program's difficulties both from the inside (complex emergency-hospital integration with elective-hospital, tensions and disputes in their conductive collective bodies, the bureaucratization risk, the resistance of indigenous actors to the program) and from the outside levels (low regulatory capacity of managers, financial resources always falling short the hospitals' needs, the difficulties to have Emergency Care Networks actually working, different degrees of managers' investment and commitment, amongst others) the paper discusses the horizons of the Program.*

KEYWORDS *Emergencies; Health services administration; Health policy; Emergency service, Hospital.*

Introdução

O contexto atual de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo com os avanços e a progressiva expansão da Atenção Básica nas últimas décadas, tem demonstrado que ainda é crucial a contribuição dos hospitais para a realização da integralidade do cuidado. O serviço de urgência e emergência, dentre as áreas de produção do cuidado no hospital, destaca-se como espaço particularmente importante e complexo, motivo pelo qual o Ministério da Saúde (MS) tem definido, de modo crescente, políticas específicas para a área.

O panorama dos sistemas de saúde onde se insere a atenção às urgências no País, a despeito das desigualdades entre suas várias regiões, pode ser assim sintetizado, (BRASIL, 2006):

- Baixo investimento em estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde;
- Modelo assistencial ainda fortemente centrado na oferta de serviços e não nas necessidades dos cidadãos;
- Falta de acolhimento dos casos agudos de menor complexidade na Atenção Básica;
- Insuficiência de portas de entrada para os casos agudos de média complexidade;
- Má utilização das portas de entrada da alta complexidade;
- Insuficiência de leitos hospitalares qualificados, especialmente de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e retaguarda para as urgências;
- Deficiências estruturais da rede assistencial – áreas físicas, equipamentos e pessoal;
- Inadequação na estrutura curricular dos aparelhos formadores;
- Baixo investimento na qualificação e na Educação Permanente dos profissionais de saúde;
- Dificuldades na formação de sistemas regionais e fragilidade política nas pactuações;
- Incipiência nos mecanismos de referência e contrarreferência;
- Escassas ações de controle e avaliação das contratualizações externas e internas;
- Falta de regulação para garantir acesso ao meio mais adequado.

Este panorama nacional, aliado à modificação do perfil epidemiológico e de morbimortalidade nas áreas metropolitanas, em particular, o crescimento da importância das causas externas e das doenças crônicas, somado à fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde, levou o Ministério da Saúde a definir novas políticas com ênfase na conformação de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Publicada em 30 de dezembro de 2010, a Portaria nº 4.279 (BRASIL, 2010) caracteriza a RAS pela formação de relações horizontais entre os diversos pontos de atenção, tendo como o centro de comunicação a Atenção Básica, a centralidade nas necessidades em saúde de uma população, a responsabilização na atenção contínua e integral, o cuidado multiprofissional e o compartilhamento de objetivos e compromissos com resultados sanitários e econômicos.

Dentre as redes de atenção, destacamos a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), instituída pela Portaria MS/GM nº 1.600, de 07 de julho de 2011 (BRASIL, 2011A), que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências, definindo os diversos componentes desta rede e os incentivos a serem disponibilizados aos estados e municípios que a implantarem em seus territórios. Tem a finalidade de articular e integrar, no âmbito

⁴ Mestranda em Direção Médica e Gestão da Clínica na Universidade Nacional de Educação a Distância-Uned/Escola Nacional de Saúde Pública da Espanha- Instituto Carlos III de Madri. Técnica Especializada da Coordenação Nacional do Programa SOS Emergências/ Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil.
alexandra_freire@hotmail.com

⁵ Especialista em Assistência Integral em Cardiologia pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais - Belo Horizonte (MG), Brasil. Técnica Especializada da Coordenação Nacional do Programa SOS Emergências/ Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil.
lorayne.andrade@gmail.com

⁶ MBA Executivo em Gestão Avançada em Sistemas de Saúde pelo Centro Universitário São Camilo - Vitória (ES), Brasil. Técnica Especializada da Coordenação Nacional do Programa SOS Emergências, Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde - Brasília (DF), Brasil.
paulinahormes@gmail.com

do SUS, todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna, e deve ser implementada, gradativamente, em todo o território nacional, respeitando-se os critérios epidemiológicos e de densidade populacional. Faz parte da RUE o componente Hospitalar, que foi regulamentado pela Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011B), e tem por objetivos organizar a atenção às urgências nos hospitais, garantindo retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade, e atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias em articulação com os demais pontos de atenção.

O cenário das emergências evidencia, em diversos países do mundo (BITTENCOURT; HORTALE, 2009), a superlotação como uma realidade comum dos serviços de emergência que funcionam com ‘porta aberta’, atendendo à demanda espontânea e referenciada. No Brasil, este fenômeno aponta para uma desproporção entre a demanda dos usuários que chegam aos serviços e a capacidade de oferta de atendimentos, mas também a insuficiente gestão dos serviços (COUTINHO, 2010). Segundo Bittencourt (2010), como consequência imediata da superlotação, vários estudos apontam para o atraso no diagnóstico e no tratamento dos usuários, desvios das ambulâncias e significativos atrasos na alta dos pacientes, além da elevação da mortalidade hospitalar. A indisponibilidade de leitos para internação nos hospitais faz com que os pacientes ocupem um espaço valioso no pronto socorro ou fiquem temporariamente colocados em corredores do hospital até que sejam disponibilizados leitos na internação. Há também evidências de que o volume de serviços oferecidos à população brasileira ainda é insuficiente. De qualquer modo, reconhece-se que esses recursos poderiam ter uso mais adequado e racional, caso ocorressem reordenações no modelo de gestão e de atenção (VASCONCELOS, 2005).

No decorrer do processo de implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, o Ministério da Saúde identificou a necessidade de induzir e acelerar a qualificação da gestão e a melhoria do atendimento nas maiores e mais complexas emergências do País, tendo em vista que o tempo esperado para efetivação da RUE seria longo e, portanto, não atenderia a necessidade de impacto mais rápido e resolutivo sobre os problemas das grandes emergências. Sendo assim, o MS instituiu, em 08 de novembro de 2011, o Programa SOS Emergências (BRASIL, 2012).

Oficializado por meio da Portaria GM nº 1.663, de 06 de agosto de 2012, o Programa SOS Emergências é uma ação estratégica do Ministério da Saúde em conjunto com os estados, municípios e o Distrito Federal para a melhoria do atendimento de urgência e emergência no SUS. Como parte da organização do componente hospitalar da RUE, tem como finalidade atuar de forma mais organizada, ágil e efetiva sobre a oferta da assistência nas maiores e mais complexas portas de entrada hospitalares de urgência do País e assessorar tecnicamente a equipe destes hospitais, para a melhoria da gestão e da qualidade do atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

Embora essas políticas definidas pelo Ministério da Saúde para a superação dos problemas evidenciados possam funcionar como grande pano de fundo ou como certo demarcador do campo, o modo de operar e gerir os serviços de urgência e emergência é muito variado em função da missão, do perfil assistencial, do modelo jurídico, da incorporação tecnológica, da sua inserção na rede de atenção e também da organização e capacidade do sistema de saúde local, entre outros itens. Ou seja, há desafios na operacionalização de tais políticas, que precisam ser debatidas, contextualizadas e ‘traduzidas’ nos espaços micropolíticos de produção do cuidado, como é o que se pretende neste artigo ao analisar a experiência de implantação do Programa SOS Emergências.

Apresentação

O Programa SOS Emergências teve início em novembro de 2011, com sua implantação em 11 unidades selecionadas e com a meta de ser implantado em 31 unidades.

Para o ingresso no Programa SOS Emergências foram consideradas as unidades hospitalares que atendiam aos requisitos da Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, para definição de porta de entrada estratégica na RUE. Assim, a partir da definição conjunta entre as três esferas de governo e tendo cumprido os requisitos, os hospitais integrantes receberam a orientação para participarem do programa através da realização de reuniões preparatórias com os gestores e equipe técnica das secretarias municipais e estaduais de saúde, além de com o grupo condutor da RUE, dirigentes e equipes do hospital. Um termo de compromisso entre os governos federal, estadual, municipal e a direção do hospital foi assinado e publicado em diário oficial.

Em 2011 e 2012, iniciaram-se 12 unidades hospitalares: Instituto Dr. José Frota – Fortaleza (CE); Hospital da Restauração – Recife (PE); Hospital Geral Roberto Santos – Salvador (BA); Hospital de Urgências de Goiânia – Goiânia (GO); Hospital de Base – Brasília (DF); Hospital João XXIII – Belo Horizonte (MG); Santa Casa de Misericórdia de São Paulo – São Paulo (SP); Casa de Saúde Santa Marcelina – São Paulo (SP); Hospital Miguel Couto – Rio de Janeiro (RJ); Hospital Albert Schweitzer – Rio de Janeiro (RJ); Hospital Nossa Senhora da Conceição – Porto Alegre (RS); e Hospital Metropolitano de Urgência e Emergência – Ananindeua (PA).

Em 2013, mais dez unidades hospitalares foram inseridas no programa, escolhidas prioritariamente para contemplar todas as cidades da Copa do Mundo: Hospital e Pronto Socorro João Paulo II – Porto Velho (RO); Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel – Natal (RN); Hospital Getúlio Vargas – Recife (PE); Hospital de Emergência e

Trauma Senador Humberto Lucena – João Pessoa (PB); Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado – Manaus (AM); Hospital de Urgência de Teresina Prof. Zenon Rocha – Teresina (PI); Hospital do Trabalhador – Curitiba (PR); Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá – Cuiabá (MT); Hospital Geral do Estado Dr. Osvaldo Brandão Vilela – Maceió (AL); e Hospital Governador João Alves Filho – Aracaju (SE).

Em 2014, mais nove unidades foram inseridas no programa, sendo que três estão em processo de adesão, contemplando todos os estados da Federação: Hospital Governador Celso Ramos – Florianópolis (SC); Hospital Geral de Rio Branco – Rio Branco (AC); Hospital Geral de Roraima – Boa Vista (RR); Santa Casa de Campo Grande – Campo Grande (MS); Hospital Geral de Palmas Dr. Francisco Ayres – Palmas (TO); Hospital de Urgência Municipal Clementino Moura Socorro – São Luís (MA); Hospital São Lucas – Vitória (ES); Hospital de Emergências do Amapá – Macapá (AP); e Hospital Geral de Fortaleza – Fortaleza (CE).

Dentre as dificuldades enfrentadas pelos hospitais antes do Programa SOS Emergências, destacam-se: a superlotação, com muitas macas no corredor; a forma de acesso sem avaliação do risco; o tempo de espera elevado para atendimento e para cirurgias; a falta de equipes qualificadas para o atendimento emergencial; a falta de médicos diaristas na emergência; o insuficiente sistema de gestão e monitoramento hospitalar e, em particular, na emergência, a falta de equipamentos e materiais para a assistência; a área física da emergência inadequada; e a falta de leitos de retaguarda para internação. Para o enfrentamento dessas dificuldades, definiu-se que a estratégia do programa deveria estar em ofertar apoio à implementação de ferramentas de gestão, monitoramento permanente do processo de implantação e seus indicadores, capacitação das equipes em tecnologias assistenciais e de

gestão, e investimentos para a melhoria da estrutura física e tecnológica da unidade.

O processo se inicia com a formação do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), conforme previsto na Portaria nº 2.395, de 2011, que tem por objetivo construir processo seguro e qualificado de gestão da emergência e do hospital, compartilhado com a equipe do hospital e das secretarias de saúde. A constituição do núcleo inclui atores estratégicos internos e externos à organização, como, por exemplo, coordenador da Urgência/Emergência, coordenador das unidades de internação e representante do gestor local, entre outros.

As atribuições dos NAQH contemplam: a garantia do uso dinâmico dos leitos hospitalares, promovendo a interface com as Centrais de Regulação de urgência e internação; a permanente articulação entre a unidade de urgência e as unidades de internação; e o monitoramento dos indicadores de taxa de ocupação e do tempo de espera para atendimento na emergência e para internação, entre outros, constituindo-se como espaço de discussão e gestão participativa.

Cada hospital conta com apoiadores do MS para atuação local e matricial. São profissionais com elevada experiência em gestão hospitalar, com a função de acompanhar e oferecer suporte técnico para a equipe dirigente. O Apoiador Local permanece no hospital de forma intensiva para acompanhar e apoiar a gestão da emergência e do hospital, e exerce papel de interlocução com as secretarias de saúde e a coordenação nacional do programa. O Apoiador Matricial faz agenda estratégica com o hospital periodicamente, para discussões e ações mais aprofundadas, identificando os nós críticos da gestão, propondo estratégias em conjunto com a equipe do NAQH e interagindo, quando necessário, com gestores municipais e estaduais. São 29 apoiadores locais e nove matriciais. Além desses, a equipe de coordenação do MS conta com sete profissionais para apoio e acompanhamento da implantação, incluindo o

videomonitoramento.

A primeira ação efetiva do NAQH é a realização da oficina de elaboração do diagnóstico e plano de ação. O diagnóstico situacional do hospital é realizado com foco em quatro eixos prioritários: o acesso do paciente à unidade e a relação com a Rede de Atenção à Saúde; o processo de trabalho na emergência; a relação da emergência com as demais unidades do hospital; e o processo de saída e articulação do hospital com a rede de cuidados municipal e estadual. A partir desse diagnóstico, é traçado um plano de ação para o enfrentamento das dificuldades apontadas. Observa-se que o plano resulta de processo de diagnóstico que busca conectar a emergência ao sistema de saúde e ao hospital. Entretanto, este tem sido um dos desafios de maior dificuldade – a desconexão e disputa da emergência com o restante do hospital e com o sistema, como será apresentado com mais detalhes na discussão.

O acolhimento com classificação de risco é uma diretriz transversal a todos os pontos de atenção de urgência, sendo imprescindível que o paciente seja acolhido por equipe capacitada para definir o nível de gravidade e garantir encaminhamento ao atendimento específico. Tem como objetivo principal priorizar o atendimento do paciente conforme seu risco clínico, e não por ordem de chegada. O uso de protocolo de classificação de risco seguro e validado, bem como a efetiva capacitação da equipe, são condições essenciais para que as unidades de atendimento de urgência possam implantar o acolhimento com classificação de risco. O Ministério da Saúde oferta, desde 2012, aos hospitais integrantes do programa, capacitação no Sistema Manchester de Classificação de Risco, por ser um protocolo seguro e validado internacionalmente, por meio de parceria com os Hospitais de Excelência participantes do Programa de Apoio ao Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS) e o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco. Do total de unidades

participante, todas do primeiro ciclo tiveram seu protocolo e fluxos revistos. Do segundo ciclo, seis. As demais estão em processo de capacitação e reformulação da classificação de risco.

Uma das importantes estratégias para diminuir a superlotação da emergência é a disponibilização de leitos de retaguarda, que podem estar localizados no próprio hospital, ou em outro hospital público contratado, ou privado parceiro. No entanto, em algumas regiões, é grande a dificuldade de se obter leitos de retaguarda, seja porque essas unidades estão com a ocupação total da área física, seja por falta de oferta no sistema de saúde ou por falta de profissional médico para sua disponibilização. Foram disponibilizados 2.036 leitos novos ou qualificados para 22 hospitais, para transferência de pacientes acima de 24 horas, que têm indicação de internação. Para tanto, houve incremento de recurso financeiro no valor de R\$ 189.351.852,96/ano. Entretanto, disponibilizar o leito sem a adequada gestão não possibilita o resultado esperado em relação à redução da taxa de ocupação. Foi necessário incentivar a implantação do Núcleo Interno de Regulação (NIR) para promover o uso racional e qualificado desses leitos de retaguarda.

O NIR tem o objetivo de gerenciar e otimizar os leitos hospitalares, monitorando o fluxo do paciente desde sua chegada, e o processo de internação, movimentação e alta. Dessa forma, o NIR agiliza as altas; assume a regulação dos leitos da unidade de acordo com as necessidades do paciente, respeitando o perfil assistencial e a capacidade instalada da unidade; e faz a interface do hospital com as centrais de regulação e os núcleos internos de outras unidades, solicitando as transferências para os leitos de retaguarda, além de monitorar os indicadores de média de permanência e taxa de ocupação.

Para monitorar o tempo médio de permanência dos pacientes na emergência, o programa induz à implantação da ferramenta Kanban. Tal tecnologia foi criada em 1953, no

Japão, com o objetivo de controlar a produção e os estoques, com fins de gerenciamento e de diminuição de custos. No Brasil, no final dos anos 1990, o Kanban foi difundido para a área hospitalar como ferramenta de monitoramento da ocupação e da permanência dos pacientes nos leitos hospitalares. É utilizada uma sinalização através das cores e são registrados o tempo e os motivos de permanência. A partir da gestão das informações coletadas, a equipe multidisciplinar pode agilizar exames, solicitar avaliação de outras especialidades, providenciar equipamentos para a alta, orientar os familiares etc. O Kanban está implantado em todas as unidades do primeiro, oito do segundo ciclo e em oito unidades do terceiro ciclo.

Embora seja de fácil manuseio, esta tecnologia nem sempre é bem aceita, pois sua gestão se torna um desafio para a equipe, pelo seu alto grau de impacto sobre a micropolítica do hospital. Para Cecílio (2009), a micropolítica nas organizações de saúde é:

O conjunto de relações que estabelecem entre si os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada 'realidade organizacional' - dessa forma, relativamente estável no tempo, podendo, assim, ser objeto de estudo e intervenção (p. 547).

É na micropolítica que se produz o cuidado com toda a complexidade tecnológica que ele exige, seja ela material e/ou não material. É o espaço também da disputa entre atores com seus projetos distintos, nem sempre coincidentes com o da direção, e é, centralmente, ocupado pelo usuário e suas demandas. É onde a vida organizacional se constitui e se concretiza através da produção e reprodução permanente dos processos de cuidado. O Kanban afeta essa micropolítica ao desvelar aspectos ou falhas na produção do cuidado não facilmente visíveis para os gestores do hospital, levando, quase sempre,

à necessidade de se introduzir mudanças nem sempre coincidentes com os interesses corporativos e com o forte autogoverno dos trabalhadores do hospital.

Em relação à estrutura física e tecnológica, todos os hospitais participantes do programa apresentam deficiências, revelando as condições inadequadas para o atendimento e a realização do trabalho. Para cada um dos hospitais participantes foram disponibilizados recursos no valor R\$ 3 milhões para realização de reforma e/ou compra de equipamentos como previsto na RUE. Entretanto, recursos complementares foram disponibilizados conforme avaliação de necessidades locais.

Os recursos investidos totalizaram, até abril de 2014, R\$ 182.224.747,05, sendo R\$ 133.288.390,14 para aquisição de equipamentos e R\$ 48.936.356,91 para reforma/ampliação das 31 unidades.

Toda execução financeira e física é monitorada pela coordenação nacional semanalmente, o que possibilita o acompanhamento do processo de licitação para aquisição dos equipamentos e/ou reforma da unidade. Este monitoramento é lançado no sistema e disponibilizado no portal da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage/MS).

Como critério para o ingresso no Programa SOS Emergências, o hospital deve estar habilitado em, pelo menos, uma das seguintes linhas de cuidado: cardiovascular, neurologia/neurocirurgia, traumatologia-ortopedia, ou ser referência em pediatria. Segundo Cecílio e Merhy (2003), a linha de cuidado é uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas e saberes, em um processo dialético de complementação, mas também de disputa, que vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores.

A adoção de linhas de cuidado como eixo estruturante da gestão representa uma novidade na vida hospitalar, podendo ser vista como uma tecnologia instituinte que propõe

a superação da concepção do trabalho em equipe como a simples somatória de ações específicas de cada profissional, atuando em seus núcleos profissionais próprios, em cada uma das unidades de trabalho. A linha de cuidado implica na adoção de arranjos institucionais, modos de operar a gestão do cotidiano, que resultam em intenso e regular processo de comunicação entre as equipes, mobilizadas por ações de apoio mútuo, articulando um grande número de trabalhadores no processo de cuidar (CECÍLIO; MERHY, 2003). Evidentemente, tal tipo de transformação não é muito fácil de se conseguir, tendo em vista os modos instituídos de trabalho e gestão muito arraigados na vida hospitalar (CECÍLIO; MENDES, 2004).

O funcionamento de linhas de cuidado, com efetivo impacto positivo na integralidade, na continuidade e na qualidade do cuidado prestado, implica no reconhecimento do trabalho como algo vivo, em permanente institucionalização, agregando constantemente novos saberes e experiências. A discussão das linhas de cuidado no hospital é também um dispositivo com impacto micropolítico, e requer a participação dos profissionais envolvidos na produção do cuidado, nem sempre possível em alguns contextos de forte conservação de modos de produção do cuidado. Foram realizadas oficinas para estruturação das linhas de cuidado, sendo que o Hospital Roberto Santos e o Hospital Municipal Miguel Couto foram os que mais avançaram nesse processo, embora ainda de modo incipiente, e exigindo acompanhamento e avaliação constantes.

A Atenção Domiciliar faz interface com o Programa SOS Emergências e se constitui em oportunidade para redução da taxa de ocupação, por evitar a internação quando o tratamento já está sendo realizado em casa, ou realizar a desospitalização precoce, antecipando a alta hospitalar com o cuidado continuado em casa, realizado por equipe multidisciplinar. O objetivo é diminuir o tempo de internação do paciente no hospital

e proporcionar conforto para família e paciente. Para tanto, foi publicada a Portaria nº 1.208, de 18 de junho de 2013, que dispõe sobre a integração do Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências (BRASIL, 2013). Oficinas de implantação e estruturação da Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (Emad)/SOS nos hospitais integrantes do programa são ofertadas conforme demanda do gestor, articuladas com a coordenação de Atenção Domiciliar do MS.

A qualificação dos profissionais de saúde é condição para a melhoria da qualidade assistencial. Até abril de 2014, foram capacitados mais de nove mil profissionais distribuídos nos 31 hospitais participantes do programa por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS). Destaca-se o curso de especialização em Gestão de Emergências no SUS, que envolveu 22 hospitais participantes do Programa SOS Emergências e dois hospitais de administração do Ministério da Saúde. Concluíram o curso em abril de 2014, 440 profissionais. Foram instalados equipamentos de videoconferência, utilizando-se de metodologia ativa EAD – ensino a distância, sendo uma estratégia importante para fortalecer a gestão e construir autonomia em relação ao apoio local.

O monitoramento

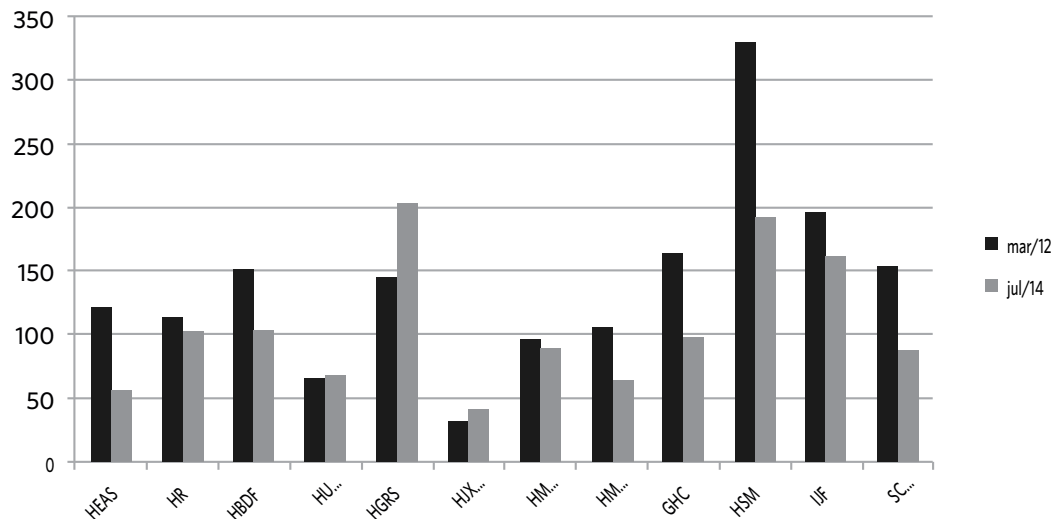
Quando o programa teve início, em 2011, observou-se que todos os hospitais possuíam indicadores gerais de pacientes internados, mas nenhum na unidade de urgência. Não há qualquer informação de quantitativo de pacientes, média de permanência, taxa de ocupação e outros. Em função deste cenário, o MS desenvolveu um formulário de base *Web* para o registro diário dos dados dos hospitais (FORM-SOS), a partir de março de 2012. A coleta e o lançamento realizados pelo hospital são acompanhados pela equipe

de coordenação e disponibilizados na Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage/MS) para avaliação do desempenho e gestão dos resultados. Outras informações que compõem o monitoramento também são lançadas no FORM-SUS pela equipe de coordenação. Essa dificuldade levou o MS a investir na informatização e na organização da produção de informação hospitalar. Disponibilizou o sistema de gestão hospitalar próprio, o e-SUS Hospitalar, para três hospitais do primeiro ciclo: Instituto Dr. José Frota (Fortaleza/CE), Hospital Municipal Miguel Couto (RJ) e Hospital Geral Roberto Santos (Salvador/BA). Oito hospitais já possuem outros sistemas de informação em implantação e optaram por mantê-los. Um *Web Service* foi desenvolvido para que os dados desses hospitais sejam enviados para o Ministério da Saúde diariamente, para a composição dos indicadores de desempenho e disponibilização na Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage), ampliando o acesso a outros indicadores hoje indisponíveis. Encontra-se em fase de testes.

A Sage-MS dispõe de diversas telas onde se pode verificar a evolução da implantação do programa. Em cada uma das informações, existe um link para busca e detalhamento das informações.

Dentre os indicadores monitorados, a taxa de ocupação é o principal, pois reflete a superlotação da emergência. A meta é não ultrapassar 100% da capacidade operacional para pacientes com mais de 24 horas de permanência na observação da emergência. Este indicador é acompanhado a partir dos dados inseridos pelo hospital diariamente no sistema *online* (FORM-SOS). Os *gráficos 1 e 2* apresentam a comparação das taxas de ocupação de março de 2012 nos hospitais e a taxa de ocupação em julho de 2014. É importante esclarecer que dois hospitais do primeiro ciclo e um do segundo ciclo tinham taxa de ocupação bem abaixo de 100% por terem o atendimento referenciado, o que mantinha o número de atendimentos aquém de sua capacidade, e o principal objetivo foi ampliar sua

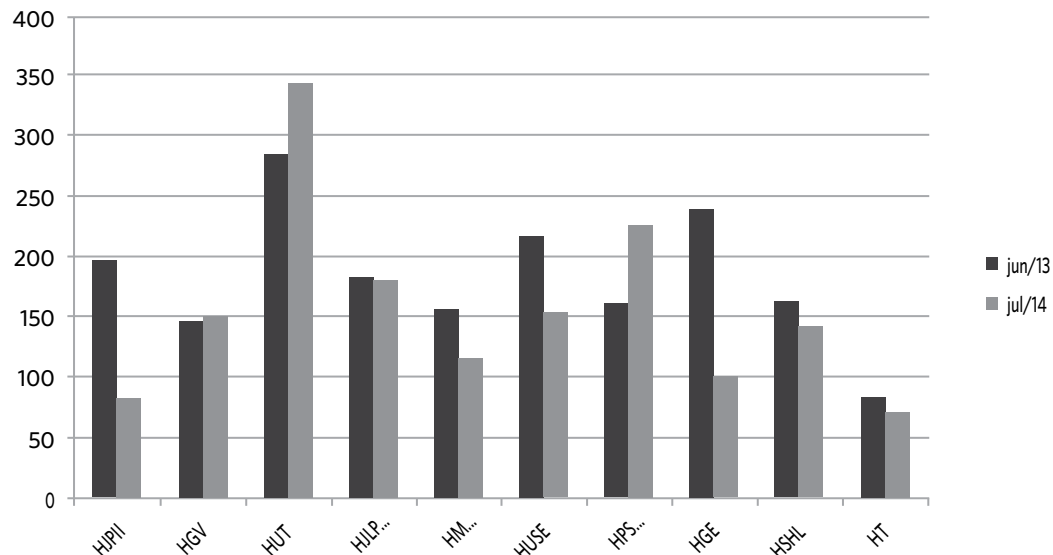
Gráfico 1. Indicador taxa de ocupação - Hospitais que integraram o Programa SOS Emergências em 2011 - primeiro ciclo



*Início dos dados a partir de julho/2012

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage/MS)

Gráfico 2. Indicador taxa de ocupação - Hospitais que integraram o Programa SOS Emergências em 2013 - segundo ciclo



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage/MS)

participação no atendimento de urgência.

As melhorias resultaram em redução da taxa de ocupação em quase todos os hospitais participantes do programa. Embora a meta de 100% de ocupação não tenha sido alcançada por todos os hospitais do primeiro ciclo, observa-se redução significativa ao ser comparada com a taxa apresentada em março de 2012, período em que foi implantado o sistema. É um indicador de difícil alcance da estabilidade em função dos vários fatores que interferem, tais como: disponibilidade de leitos de retaguarda; adequada intervenção sobre os motivos da média de permanência – gestão do Kanban; horizontalização do cuidado; e alta rotatividade das equipes da emergência, agravada por uma realidade presente em todos os hospitais – a falta de profissionais médicos.

O acompanhamento do fluxo de pacientes é realizado por sistema de videomonitoramento na entrada e nas áreas de circulação da emergência do hospital. O sistema foi instituído com o objetivo de acompanhar regularmente a situação das emergências, por meio do painel de imagens, e comunicar aos responsáveis, nas unidades, as não conformidades observadas. Conta hoje com mais de 150 imagens visualizadas, com meta de chegar a 300 imagens visualizadas e monitoradas. Os equipamentos garantem vídeos analíticos e alertas de imagens fora da conformidade, para as providências do hospital.

Os avanços e entraves apresentados no processo de implantação em cada hospital são acompanhados e discutidos no Gabinete do Ministro e na Secretaria de Atenção à Saúde. Por ser um programa prioritário da Presidência da República, é monitorado pela Casa Civil. Até 2013, o monitoramento era realizado quinzenalmente e, em 2014, passa a ser mensal, com acompanhamento *online* através do acesso ao portal Sage e pelo Sistema de Informação da Presidência da República (SIM-PR). Também são realizadas oficinas de alinhamento e avaliação com os apoiadores, bimensalmente.

Após um ano de implantação do SOS

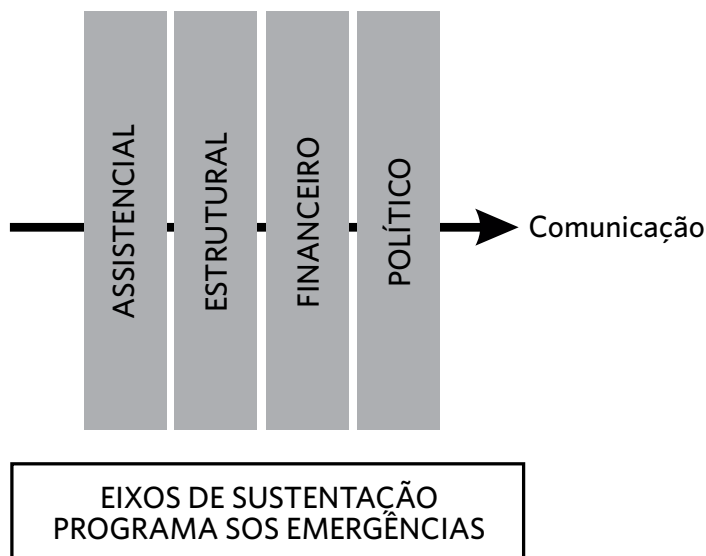
Emergências, foi realizada, pelo Ministério da Saúde, a Primeira Pesquisa de Satisfação do Usuário, nos 11 primeiros hospitais integrantes. A metodologia utilizada na pesquisa consistiu na aplicação de um questionário único, por telefone. Foram entrevistados 300 usuários de cada unidade, sobre a satisfação no atendimento prestado. Foram 39 questões, que abordaram desde o atendimento propriamente dito dos profissionais até as condições de infraestrutura. Os resultados apontam para uma média de 8,08 de satisfação dos usuários, em uma escala de 1 a 10, sendo que 86% dos usuários buscariam novamente o serviço do hospital ou o recomendaria para parentes ou amigos.

A segunda pesquisa foi finalizada em 03 de fevereiro de 2014, com 300 entrevistas por hospital. A metodologia utilizada foi a mesma da primeira pesquisa, e foi acrescido um hospital do segundo ciclo, tendo em vista que os hospitais do segundo ciclo não tinham um ano de implantação do programa. Uma diferença nos resultados, se comparados com o ano anterior, foi a piora com relação à orientação recebida em caso de demora no atendimento, com três em cinco entrevistados alegando ‘não terem sido orientados’ quanto ao porquê da demora. Praticamente nove em dez entrevistados recomendariam o serviço dos hospitais para parentes e amigos, resultado melhor do que o de 2012.

Nessa apresentação buscou-se demonstrar que o Programa SOS Emergências tem objetivado implantar ferramentas que visam à melhoria da gestão de leitos; à garantia do acesso qualificado por risco; à humanização e à melhoria da qualidade da assistência com redefinição dos fluxos e processos; à qualificação profissional; e à melhoria da articulação com a rede de serviços, com acompanhamento da implementação de forma intensiva para redução da superlotação. Mas temos grandes desafios, que serão discutidos a seguir.

Diante do apresentado e buscando uma melhor compreensão dos resultados, apresentamos a seguir o diagrama que representa

Figura 1. Eixos que configuram a sustentabilidade do Programa



Fonte: Coordenação Nacional do Programa SOS Emergências/ MS

a sustentabilidade do programa:

Eixo assistencial: relativo à produção do cuidado, à micropolítica do hospital e à relação com o sistema de saúde. É a efetivação da linha do cuidado e a correlação das ferramentas e tecnologias de gestão dos processos assistenciais.

Eixo estrutural: relativo à organização institucional. Diz respeito às infraestruturas física e tecnológica, aos recursos humanos e à logística; ao modelo de gestão.

Eixo financeiro: diz respeito aos recursos financeiros disponibilizados, a fontes de receitas; à relação entre receita e despesa do hospital; ao repasse de investimentos e custeio.

Eixo político: diz respeito à relação com os gestores, à gestão tripartite; à autonomia federativa e à relação com o Ministério da Saúde. Define a real adesão dos gestores ao programa, sua implementação, monitoramento, avaliação e garantia de continuidade

A comunicação transversaliza todos os eixos como meio para permear as relações,

necessárias à sua sustentação.

Os eixos são interdependentes e interferem diretamente nos avanços ou dificuldades, como poderemos ver na discussão abaixo.

Discussão

Como todas as políticas elaboradas pelo Ministério da Saúde, o Programa SOS Emergências parte do pressuposto de ser possível induzir, de Brasília (DF), transformações micropolíticas nas políticas de saúde locais, em particular, nos serviços hospitalares de urgência, e de acordo com as diretrizes e princípios do SUS. É sabido que todas essas políticas indutoras fazem do financiamento sua 'moeda' forte de conversação (e 'convencimento') com os gestores. Porém, nem sempre isto é muito simples e devidamente considerado ou problematizado quando da formulação das políticas, em particular a complexidade que está jogando no encontro da

‘grande política’ com os processos micropolíticos das organizações. É essa discussão que se deseja fazer aqui para a finalização do artigo, qual seja, tentar apontar ou anteciper algumas dificuldades que deverão ser enfrentadas, ou já o estão sendo, para o sucesso do Programa SOS Emergências, que tem sua ênfase no processo de apoio à gestão do hospital:

- É muito difícil conseguir transformações mais duradouras na emergência sem algumas transformações mais gerais no hospital, já que o programa tem como sua grande aposta a implantação de linhas de cuidado, em particular, a conexão bem sucedida, funcional e facilitada da emergência com outras ‘estações de cuidado’ internas do hospital. Muito difícil avançar para uma efetiva qualificação das urgências sem a garantia mínima de tais conexões. Nesse sentido, cabe a responsabilidade imensa, para o NIR, de ser capaz de produzir novas conexões internas no hospital, viabilizando intensos processos de conversão e pactuação entre os múltiplos atores institucionais, o que, por si só, é uma tarefa altamente desafiadora;
- Os NAQH, com sua estrutura interdisciplinar, interdepartamental, interprofissional e mesmo interinstitucional, do mesmo modo que o NIR, são dispositivos políticos por natureza, com tudo o que isso implica. Que eles funcionem como espaços políticos, e não burocráticos ou burocratizados, é um dos pressupostos para o seu sucesso como condutores das mudanças pretendidas, constituindo-se em espaços efetivos de negociação e pactuação entre atores com interesses e controle de recursos múltiplos (CECÍLIO, 1999);
- Pelos dois motivos acima, é possível afirmar, de saída, que o SOS é um processo menos técnico-burocrático-administrativo

do que político, uma aposta no campo do jogo social, e, portanto, de final aberto (MATUS, 1987);

- A complexidade do processo regulatório no Brasil, hoje, com suas múltiplas lógicas de regulação em jogo (CECÍLIO ET AL., 2013), aliada à baixa capacidade regulatória dos gestores, pode ser vista como um dos entraves para a efetivação da RUE e, portanto, do próprio programa. Não basta abrir leitos de retaguarda, a sua gestão é dependente de uma efetiva regulação interna e externa;
- A nem sempre fácil articulação entre um ‘hospital-emergência’ (aquele cuja lógica é comandada pelos atendimentos de urgência-emergência, pela pressão da demanda) com o ‘hospital-eletivo’ (comandado por uma lógica mais programada, mais ‘racional’, mais ‘controlada’) segue sendo um problema em todos os hospitais trabalhados. É como se fossem dois hospitais trabalhando com lógicas nem sempre complementares, e muitas vezes francamente conflitivas e em disputa;
- O SOS Emergências é parte da RUE, insere-se nela, e advém dela. Entretanto, as falhas no processo do cuidado em rede ficam mais evidenciadas a partir do programa porque não se consegue uma efetiva integração solidária entre os diversos serviços da rede, reforçando a centralidade da RUE para o sucesso do Programa SOS Emergências, o que não está garantido a princípio;
- O fato do SOS trabalhar com forte lógica de monitoramento externo é um fato que tem que ser conduzido com atenção para não gerar resistências e deve ser devidamente transformado em processos mais negociados internamente a partir do fortalecimento de espaços coletivos de gestão. E mais, é necessário ter clareza sobre os

limites de tais controles externos, do tipo pan-óptico (FOUCAULT, 2000), tendo em vista a complexidade da vida do hospital;

- Os diferentes graus de adesão dos vários hospitais (de suas direções e gestores) ao programa dá ritmos diferenciados entre eles no alcance de resultados, na medida em que têm relação com o modo como investirão – mais ou menos – na proposta do programa;
- A insuficiência dos recursos financeiros frente os gastos dos hospitais, a morosidade dos processos de reforma e aquisição de materiais e a dificuldade de chegada dos recursos destinados ao hospital para obter as melhorias na estrutura física e tecnológica dificultam a percepção dos trabalhadores e usuários quanto aos impactos da implantação do programa. A difícil gestão de recursos humanos, com grandes dificuldades de fixação de pessoal, em particular os médicos;
- A relação interfederativa do estado brasileiro, que coloca os limites para a execução da política, uma vez que nem sempre os recursos disponibilizados são devidamente transferidos aos hospitais.

Considerações finais

O SOS tem como ponto de partida ético-político a busca de alternativas para a degradação do atendimento de urgência e emergência nos grandes hospitais do País. É um projeto de governo ainda em construção, que tem como principal desafio a sua real capacidade de promover mudanças positivas no atendimento prestado aos cidadãos. Seus desafios são inúmeros, mas, talvez o maior de todos esteja no enfrentamento do modo como a sociedade se pensa e se produz, incluindo o funcionamento das organizações

de saúde. Está em jogo um outro conceito de possibilidade de a sociedade (e suas instituições) implementar estratégias concretas de defesa e valorização da vida em todas as suas dimensões, incluindo a atenção com as pessoas que se sentem em situações de fragilidade e necessitadas de cuidados em saúde.

A garantia de sucesso do Programa SOS Emergências não está dada, em função das fortes externalidade e heteronomia que ele traz como marca, por ser uma ‘política do Ministério’, passando pela dura institucionalidade dos hospitais até o que poderia ser chamado de ‘certa cultura’ que prevalece nos hospitais hoje. Quando os trabalhadores produzem o imaginário de que ‘é normal ter macas’ no corredor, quando as equipes e gestores não mobilizam tudo de que dispõem para atender melhor as pessoas, quando se naturalizam as péssimas condições de atendimento, há um longo caminho a ser percorrido.

O Programa SOS Emergências traz a marca de não ser um programa extensivo, que tem a pretensão de alcançar grande número de unidades hospitalares. Ao contrário, ele é uma proposta intensiva, que pretende provocar uma indução na organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). Almeja produzir exemplos, experimentos/intervenções que possam ser utilizados em qualquer unidade da RUE, como um efeito de demonstração, instaurando ciclos virtuosos onde prevalecem ciclos viciosos de descaso e descuidado. Tem pretensões políticas e pedagógicas muito ambiciosas, e é de alto risco devido aos contextos em que está sendo operacionalizado. Portanto, sua implantação está sendo processual, produzida no e pelo coletivo de profissionais que o implementa, em ato, nas intervenções que vai produzindo e nos processos de reflexões permanentes que vem provocando, para alcançar os objetivos propostos que, como apresentados, são tão caros à sociedade brasileira.

Por tudo isso, é possível dizer que o Programa SOS Emergências proposto pelo Ministério da Saúde para qualificar as grandes emergências do País, com todas as características de uma política de Estado generosa, consentânea com um grande anseio da população brasileira,

ainda deve ser visto como uma aposta, como um jogo de final aberto, por ter que enfrentar a dura institucionalidade dos hospitais e os complexos condicionantes sistêmicos para seu sucesso e sustentabilidade, cuja superação ainda não está garantida.■

Referências

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1439-1454, 2009.

BITTENCOURT, R. J. *A superlotação dos serviços de emergência hospitalar com evidência de baixa efetividade organizacional*. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública). – Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Rio de Janeiro, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. *Regulação médica das urgências*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.208 de 18 de junho de 2013. Dispõe sobre o Programa Melhor em Casa (Atenção Domiciliar no âmbito do SUS) com o Programa SOS Emergências, ambos inseridos na Rede de Atenção às Urgências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prtl208_18_06_2013.html>. Acesso em: 15 maio 2014

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. *Diário Oficial [da] República*

Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prtl1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 15 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1663 de 06 de agosto de 2012. Dispõe sobre o Programa SOS Urgências e Emergências (RUE). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prtl1663_06_08_2012.html>. Acesso em: 15 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prtl2395_11_10_2011.html>. Acesso em: 15 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do sistema único de saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prtl4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 15 maio 2014.

CECÍLIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciência*

& *Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

_____. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface*, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 545-555, 2009.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. O singular processo de coordenação dos hospitais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 110-122, 2003.

CECÍLIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004.

CECILIO, L. C. O. et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cadernos de*

Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013. No prelo.

COUTINHO, A. A. P. *Classificação de Risco no Serviço de Emergência: uma análise para além de sua dimensão técnico-assistencial*. 2010. Tese. (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

FOUCAULT, M. O panoptismo. In: _____. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 162-187.

MATUS, C. *Política, Planificación y Gobierno*. Caracas: ILPES; Fundación Altadir, 1987.

VASCONCELOS, C. M. *Paradoxos da mudança no SUS*. 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), 2005.

Diagramação e editoração eletrônica

Layout and desktop publishing

Rita Loureiro

ALM Apoio à Cultura - www.apoioacultura.com.br

Design de capa

Cover design

Alex J. Peirano Chacon

Normalização e revisão de texto

Normalization and proofreading

Frederico Azevedo (normalização)

Luiza Nunes (normalização)

Paulla Pereira (normalização)

Carla de Paula (português)

Simone Basílio (português)

Renan Souza (inglês)

Impressão

Printing

Formato 3 - Gráfica & Editora

Tiragem

Number of Copies

10.000 exemplares/copies

Esta revista foi impressa no Rio de Janeiro em outubro de 2014.

Capa em papel cartão supremo 250 g/m²

Miolo em papel kromma silk 90 g/m²

This publication was printed in Rio de Janeiro in October, 2014.

Cover in premium card 250 g/m²

Core in kromma silk 90 g/m²

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br

E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

Divulgação em Saúde para Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1989) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2014.

n. 52; 27,5 cm

ISSN 0103-4383

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

