



LUÍS CARLOS CASARIN

**A ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO
À SAÚDE NO SUS: UMA PROPOSTA DE
AVALIAÇÃO**

**PIRACICABA
2014**



**Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Odontologia de Piracicaba**

LUÍS CARLOS CASARIN

**A ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À
SAÚDE NO SUS: UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO**

Dissertação de Mestrado
Profissionalizante apresentada à
Faculdade de Odontologia de Piracicaba
da UNICAMP para obtenção do título de
Mestre em Odontologia em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Karine Laura Cortellazzi Mendes

**Este exemplar corresponde à versão
final da Dissertação defendida pelo
aluno Luís Carlos Casarin, e orientada pela
Prof.^a Dr.^a Karine Laura Cortellazzi Mendes**

Assinatura da Orientadora

PIRACICABA

2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

C263o Casarin, Luís Carlos, 1973-
A organização das redes de atenção à saúde no SUS : uma proposta de
avaliação / Luís Carlos Casarin. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Karine Laura Cortellazzi Mendes.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas,
Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Redes de atenção à saúde. 2. Atenção primária à saúde. I. Cortellazzi,
Karine Laura, 1973-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The organization of networks in health care : an evaluation proposal

Palavras-chave em inglês:

Networks in health care

Primary health care

Área de concentração: Odontologia em Saúde Coletiva

Titulação: Mestre em Odontologia em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Karine Laura Cortellazzi Mendes [Orientador]

Silvia Helena de Carvalho Sales Peres

Antonio Carlos Pereira

Data de defesa: 12-05-2014

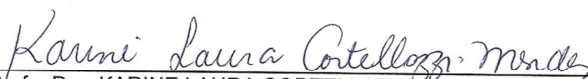
Programa de Pós-Graduação: Odontologia em Saúde Coletiva

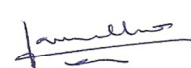


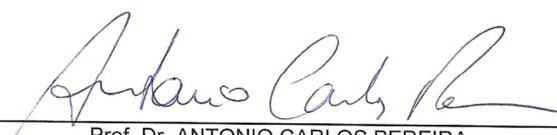
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 12 de Maio de 2014, considerou o candidato LUÍS CARLOS CASARIN aprovado.


Profa. Dra. KARINE LAURA CORTELLAZZI MENDES


Profa. Dra. SILVIA HELENA DE CARVALHO SALES PERES


Prof. Dr. ANTONIO CARLOS PEREIRA

RESUMO

A proposta deste estudo foi a elaboração de uma análise da estratégia de implantação das Redes de Atenção à Saúde, a partir de uma revisão bibliográfica não sistemática sobre o tema, trazendo os marcos teóricos conceituais, a partir da análise de contextos que justificam sua organização, acrescida da atual proposta de implantação das Redes de Atenção à Saúde a partir das diretrizes do Ministério da Saúde, buscando readequações nos modelos de gestão e de atenção no Sistema Único de Saúde – SUS. O presente estudo também destacou a importância da organização da Atenção Básica em Saúde e da estruturação da Regulação em Saúde no sistema público, a partir da regionalização, com vistas à conformação das Redes de Atenção à Saúde, em busca da garantia do acesso equânime e continuidade do cuidado integral aos usuários do SUS. Além disso, a partir de uma revisão da literatura, o estudo apresenta uma proposta de instrumento de avaliação da implantação das Redes de Atenção à Saúde no SUS, baseado na aplicação de um questionário nas regiões de saúde, elaborado a partir de oficinas realizadas com equipe técnica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, com intuito de análise da evolução da implantação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil, além da busca de subsídios para o fortalecimento da gestão e reorganização da atenção à saúde e apoio aos territórios sanitários, analisando, por fim, a aplicação do referido instrumento na região de saúde do ABC no estado de São Paulo.

Palavras chave: Redes de Atenção à Saúde; Sistema Único de Saúde; Atenção Básica em Saúde; Avaliação de implantação de Redes de Atenção à Saúde.

ABSTRACT

This study proposal was to elaborate a Health Care System implementation strategic analysis, based on a non-standard literature review, it will be considered conceptual theoretical frameworks, based on context analysis that justify its organization, together with today's Health Care System implementation proposal from Ministry of Health, searching for adjustments to management models from Unified Health System – SUS (Brazilian Unified Health System). This study also highlighted the Health Care System importance and Public Health System Regulation structuring, based on regional cases, aiming to shape the Health Care System, in pursuit of equal access and the continuation of comprehensive support to the SUS users. Furthermore, starting on literature review, this research intends to offer a proposal of instrument of evaluation of the implementation of the Networks in Healthcare within SUS, based on a questionnaire on health regions, compiled from workshops held with technical staff of the Secretary of Assistance to Ministry of Health, in order to analyze the evolution of the implementation of Health Care System in Brazil, besides the seeking grants to strengthen the management and reorganization of health care, in addition to supporting sanitary territories, analyzing, finally, the application of this instrument in the health region ABC in the state of Sao Paulo.

Key words: Networks of Health Care; Unified Health System; Primary Health Care; Evaluation of the implementation of the Networks in Health Care.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	xiii
AGRADECIMENTOS	xv
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	xvii
1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DA LITERATURA	7
2.1 A BUSCA PELO CUIDADO INTEGRAL	11
2.2 MARCOS TEÓRICOS CONCEITUAIS	15
2.2.1 RAS: CONCEITOS E CAMINHOS	17
2.3 A COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA	26
2.4 A REGULAÇÃO EM SAÚDE	31
3 PROPOSIÇÃO	49
4 MATERIAL E MÉTODOS	51
5 RESULTADOS	67
6 DISCUSSÃO	77
7 CONCLUSÃO	87
REFERÊNCIAS	91

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos aqueles que usam, constroem e defendem o Sistema Único de Saúde – SUS – como uma política de estado em defesa da vida. Usuários, trabalhadores e gestores que não perdem a capacidade de se indignar com as injustiças sociais e me fazem crer diariamente que é possível mudar o mundo. Eles dão sentido a este estudo e ao meu trabalho.

E aos meus pais, d. Dirce e Valdemar, e a minha irmã Cris, por tudo que fizeram para que eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

Às amigas e companheiras de trabalho no Ministério da Saúde Lígia Pereira dos Santos, Mércia Carvalho, Maria do Socorro e Luiza Acioli por tudo que me ensinaram e por construírem, junto comigo, o instrumento de análise proposto neste estudo.

Às amigas Lêda Lúcia e Cinthia Cristo e ao Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde – DARAS da SAS/Ministério da Saúde, que me acolheram e me proporcionaram o aprendizado e acúmulo sobre Redes.

Aos apoiadores institucionais estaduais de articulação de Redes de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, bem como aos Apoiadores das Redes temáticas de Atenção à Saúde por todas as experiências e vivências na articulação das redes nos territórios.

Aos amigos Arthur Chioro, Jorge Harada, Fábio Luiz Alves, Roberto Mardem Farias e Maria do Carmo Carpintéro pelas oportunidades que me proporcionaram nas gestões municipais, indispensáveis para muitas reflexões contidas neste estudo. Em especial, à querida Carminha, grande responsável pela minha inserção nesta luta, minha paixão pela saúde pública e colaboradora na aplicação do instrumento proposto neste estudo.

Ao COSEMS/SP, seus diretores e aos amigos apoiadores, por tudo que me proporcionaram na experiência do trabalho de apoio.

Aos companheiros de Mestrado por todo companheirismo e aprendizado.

Aos amigos Alexandre Lacerda Leão, Kleber Marins de Paulo e Carla Cisotto, pelo apoio na elaboração deste.

À minha orientadora Karine Cortellazzi e, em especial, ao professor Antonio Carlos Pereira pela paciência, sabedoria e amizade e por saber conduzir da melhor forma que eu poderia querer, sendo merecedor de grande mérito deste trabalho e desta conquista.

E por fim, ao meu amor, minha companheira e amiga Karine, por todas as contribuições na vida e no trabalho, pelo estímulo constante, pela admiração mútua, pelas conversas, contribuições e sorrisos que me inspiraram a escrever da melhor maneira que eu poderia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica em Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

CF – Constituição Federal

CIR – Comissão Intergestores Regional

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DARAS – Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

GM – Gabinete do Ministro

MS – Ministério da Saúde

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAR – Plano de Ação Regional

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PMAQ – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PPI – Programação Pactuada e Integrada

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RUE – Rede de Atenção às Urgências e Emergências

SAS / MS – Secretaria de Atenção à Saúde / Ministério da Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

1 INTRODUÇÃO

O processo de democratização da sociedade brasileira culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que trouxe profundas mudanças na organização estatal, como a descentralização de recursos, principalmente para a administração municipal, que ganhou autonomia e atribuições para gerir e executar as políticas sociais desenhadas pelo governo central. Este rompimento com um modelo altamente centralizado que caracterizou o período autoritário também significou uma ruptura com o padrão de política social até então vigente, cuja incorporação das demandas sociais se fez sempre de forma estratificada e excludente (Fleury e Ouverney, 2007).

Na política de saúde, esta transformação gerou o Sistema Único de Saúde (SUS), que orientou sua construção pelo princípio do direito universal à saúde dos cidadãos e o dever do Estado de provê-lo, e implicou uma nova organização dos serviços, sob um comando único em cada esfera administrativa. Conformaram-se sistemas municipais e estaduais de saúde, contemplando novas formas de articulação entre as instâncias governamentais e novos instrumentos de participação social. Como consequência, ocorreu uma redefinição significativa na composição e na dinâmica das estruturas de organização e gestão das políticas públicas, na medida em que se redefiniu não só a relação entre as esferas de governo, mas também a relação do Estado com a Sociedade e o Mercado (Fleury e Ouverney, 2007).

O escopo político constitucional de direito à saúde, expresso no SUS, vem se constituindo por meio de estratégias envolvidas na ampliação das relações intergovernamentais. No entanto, pressupostos previstos constitucionalmente ainda não estão plenamente adequados ao cotidiano da gestão e dos serviços de saúde, como o princípio organizativo da regionalização, que impacta diretamente a estruturação de redes assistenciais e o acesso do usuário aos serviços (Almeida e Acioli, 2013).

Segundo Mendes (2010), os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. Assim, ao se discutir

uma proposta de organização do SUS, deve-se começar por analisar que necessidades de saúde se expressam na população brasileira. A situação de saúde dos brasileiros é analisada nos seus aspectos demográficos e epidemiológicos. Do ponto de vista demográfico, o Brasil vive uma transição demográfica acelerada com o envelhecimento da população. Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, visto que essas condições de saúde afetam mais os segmentos de maior idade.

Por outro lado, na perspectiva epidemiológica, o país vivencia uma forma de transição singular, diferente da transição clássica dos países desenvolvidos, que tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças por que envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse e a alimentação inadequada e o forte crescimento das causas externas (Mendes, 2010).

As reformas sanitárias continuam necessárias, mas uma nova agenda deverá impor-se e terá como principais objetivos gerar valor para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde e diminuir as iniquidades. Para isso, as mudanças deverão fazer-se por meio de alguns grandes movimentos: da decisão baseada em opinião para a decisão baseada em evidência; dos sistemas fragmentados, voltados para a atenção às condições e aos eventos agudos, para as *Redes de Atenção à Saúde*, voltadas para atenção às condições agudas e crônicas; da gestão dos meios, recursos humanos, materiais e financeiros, para a gestão dos fins, a gestão da clínica; de uma visão estreita de intervenções sobre condições de saúde estabelecidas, através de ações curativas e reabilitadoras, para uma concepção integral de sistemas de atenção à saúde que atue harmonicamente sobre os determinantes sociais da saúde e sobre as condições de saúde estabelecidas; e do financiamento baseado no volume de recursos para o financiamento baseado na geração de valor para as pessoas (Mendes, 2011).

A preocupação com a fragmentação na atenção à saúde não é recente. Na época atual, a intensidade da fragmentação observada nos diferentes países é muito diversa. Em 2008, a Organização Pan-Americana da Saúde destacava as seguintes causas para isso: a segmentação do sistema de saúde; a descentralização que fragmenta os níveis de atenção; o predomínio de programas focalizados em enfermidades, riscos e populações específicas; a separação dos serviços de saúde pública dos serviços de atenção às pessoas; o modelo de atenção centrado na enfermidade, nos casos agudos e com ênfase na atenção hospitalar; as debilidades na coordenação pela autoridade sanitária; insuficiência e má distribuição dos recursos disponíveis e culturas organizacionais contrárias à integração (Silva, 2011).

Conceitualmente, os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização, o que impossibilita a gestão baseada na população. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio. Nesses sistemas, a atenção primária à saúde não pode exercer seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado. Além disso, caracterizam-se pela forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde, fragmentado e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos. Os sistemas fragmentados têm sido um desastre sanitário e econômico em todo o mundo (Mendes, 2010).

Segundo Mendes (2011), o SUS é, portanto, uma proposta generosa de uma política pública que se construiu e se institucionalizou a partir de um amplo

debate na sociedade brasileira, estimulado pelo movimento sanitário e acolhido na Constituição Federal de 1988. É um experimento social que está dando certo e seus avanços são inquestionáveis, mas enfrenta enormes desafios e tem de superá-los.

A solução do problema fundamental do SUS consiste em restabelecer a coerência entre a situação de saúde de tripla carga de doenças, com predominância relativa forte de condições crônicas, e o sistema de atenção à saúde. Isso vai exigir mudanças profundas que permitam superar o sistema fragmentado vigente através da implantação de Redes de Atenção à Saúde – RAS (Mendes, 2010).

Uma rede consiste num fenômeno organizacional que, além dos aspectos fundamentais como composição por atores autônomos, interdependência e padrões estáveis de relacionamento, desenvolve uma institucionalidade voltada especificamente para o aprofundamento da interdependência existente. Esta institucionalidade se compõe em torno do planejamento deliberado da divisão do trabalho e da articulação estratégica voltada para a manipulação do ambiente em que opera a rede, ou seja, a rede se desenvolve pelo trabalho coletivo especificamente planejado (Fleury e Ouverney, 2007).

Ainda segundo Fleury e Ouverney (2007), os processos de definição e gestão de políticas públicas em contextos institucionais definidos por uma governança em rede apresentam desafios extremamente diferentes daqueles presentes em ambientes de coordenação unitária, tanto no que se refere à tomada de decisões e à definição de metas e diretrizes, quanto à organização das estruturas de provisão de serviços e sua gestão contínua. Assim, tornam-se necessários, tanto o desenho de mecanismos institucionais e instrumentos de gerenciamento de processos de interdependência quanto o desenvolvimento de competências de gestão especificamente voltadas para a atuação em ambientes interorganizacionais onde o poder, mais que descentralizado, é diversificado (Fleury e Ouverney, 2007).

Dessa forma, as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da

integralidade da atenção e reduzem os custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos (Silva, 2011).

Quanto à qualidade da assistência à saúde, historicamente ela tem sido determinada por meio do julgamento individual dos profissionais envolvidos. No entanto, as pressões da sociedade, os altos custos da assistência, bem como a necessidade de promover a equidade de acesso aos recursos, estão direcionando os esforços das instituições públicas no sentido de buscar evidências objetivas de que os serviços de saúde estão sendo providos, de maneira eficiente, enquanto mantém e melhoram a qualidade do cuidado ao paciente. A busca da qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se hoje um imperativo técnico e social. A sociedade está exigindo cada vez mais a qualidade dos serviços a ela prestados, principalmente por órgãos públicos. Esta exigência torna fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial (Brasil, 2007).

A avaliação é, em especial, parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos (Brasil, 2007). Em um país de dimensões continentais como o Brasil, a avaliação sistemática da qualidade dos serviços de saúde disponíveis para a população atendida pelo SUS, abrangendo os diferentes critérios propostos, representa um desafio de grandes proporções.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nas últimas décadas, as dinâmicas sociais imprimiram grandes mudanças na sociedade brasileira, gerando uma complexidade social, econômica, demográfica e ambiental sem precedentes, que lançou importantes desafios para os gestores do SUS. A generosidade do marco constitucional brasileiro, que prevê cobertura universal e gratuita, junto com fatores como o rápido envelhecimento da população, o progressivo aumento das condições crônicas em detrimento das doenças infectocontagiosas e a incorporação de tecnologias e ferramentas diagnósticas e terapêuticas novas e poderosas, causaram impactos muito significativos para o Sistema Único de Saúde. O mais evidente e conhecido é o extraordinário aumento dos custos em saúde e o decorrente subfinanciamento do setor. As consequências são percebidas claramente pelos usuários do SUS: lista de esperas demoradas para alguns exames ou procedimentos, qualidade geralmente insatisfatória dos serviços de assistência, falhas de acolhimento e de encaminhamento, infraestruturas em mau estado, verbas canceladas, entre outros. O senso comum acredita que é possível reagir a essa situação aumentando a oferta para responder ao aumento da demanda dos usuários que, mais numerosos, pressionam por atendimentos nas portas dos serviços. Mas, essa atitude não faz outra coisa senão criar um círculo vicioso, onde a oferta influencia e estimula a demanda e incrementa os custos de forma progressiva (OPAS, 2011).

Há muitas evidências que injetar mais recursos em sistemas de saúde fragmentados e baseados na oferta não agrega anos de vida e não melhora os indicadores de saúde. Situações de crise do sistema de saúde estão sendo vivenciadas por muitos países que escolheram construir sistemas públicos de saúde com cobertura universal. Muitos países europeus estão prevendo um aumento apavorante dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e diabetes, além de uma queda da expectativa de vida depois de uma tendência constante de aumento, interrompida apenas pelos conflitos mundiais (Mendes, 2011).

Muitos gestores entenderam isso em suas práticas cotidianas e partiram para soluções alternativas. Entenderam que o problema da incoerência entre ofertas de serviços e as necessidades de saúde não se resolve aumentando a oferta de modo indiscriminado, mas introduzindo novas práticas, novos instrumentos, novas maneiras de realizar a atenção à saúde, de forma mais integrada, eficiente e equitativa. Nesse sentido, para um gestor a *inovação* é uma função fundamental e ele precisa de competências para poder administrar o processo de mudança da melhor forma possível visando conter os custos e os tempos, minimizar os riscos e maximizar o impacto (Organização Mundial da Saúde, 2003).

Como afirma Giovanella (2006), uma melhor coordenação de cuidados busca responder a exigências de mudanças no perfil epidemiológico com crescente prevalência de doenças crônicas. O cuidado de doentes crônicos resulta em interdependência inter-organizacional, pois esses usuários utilizam simultaneamente serviços de diversas complexidades, exigindo a coordenação entre níveis de atenção. E é esse o papel coordenador da *Atenção Básica em Saúde*, por sua vez intimamente ligado aos seus demais atributos, que deve ser reforçado para a consolidação de redes integradas de atenção à saúde.

Segundo Mendes (2011), os sistemas de atenção à saúde, como respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos, devem operar em total coerência com a situação de saúde das pessoas usuárias. Ocorre que a situação de saúde brasileira vem mudando e hoje é marcada por uma transição demográfica acelerada e expressa-se por uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas. Essa situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção à saúde totalmente fragmentado, reativo, episódico e voltado, prioritariamente, para o enfrentamento das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Isso não deu certo em outros países e não está dando certo aqui. Por isso, há que se restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das Redes de

Atenção à Saúde, uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira.

A implantação das RAS convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS e aponta para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas, alguns experienciados com sucesso em outros países e que devem e podem ser adaptados à realidade de nosso sistema público (Mendes, 2011).

A origem das Redes de Atenção à Saúde data da década de 1920, mais especificamente no Reino Unido, quando foi elaborado o *Relatório Dawson*, como resultado de um grande debate de mudanças no sistema de proteção social daquele país após a I Guerra Mundial. O documento é pioneiro na proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, onde os serviços de saúde deveriam acontecer por intermédio de uma organização ampliada que atendesse às necessidades da população de forma eficaz. Além disso, esses serviços deveriam ser acessíveis a toda população e oferecer cuidados preventivos e curativos, tanto no âmbito do cuidado domiciliar quanto nos centros de saúde secundários, fortemente vinculados aos hospitais (Ministério da Saúde, 2012).

De acordo com o Relatório, segundo Santos (2013), cada território deveria possuir uma organização de serviços para atenção integral à população, formada por serviços “domiciliares” que seriam apoiados por centros de saúde primários, laboratórios, radiologia e acomodação para internação. Seriam responsáveis por esse serviço os médicos clínicos generalistas (*general practitioners – GP*) que já trabalhavam de forma autônoma e/ou contratados pelo sistema de seguro social.

Ainda segundo o Relatório, os centros primários, localizados em vilas, estariam ligados a centros de saúde secundários, localizados nas cidades maiores, com oferta de serviços especializados, cuja localização deveria se dar de acordo com a distribuição da população, os meios de transporte e os fluxos estabelecidos, variando “em tamanho e complexidade, segundo as circunstâncias”. Os casos que não pudessem ser resolvidos neste nível seriam encaminhados a um hospital de referência, ao qual os centros se vinculariam. Os

profissionais trabalhariam de forma integrada, de modo que [...] *o pessoal adscrito aos centros de saúde poderia acompanhar o processo em que interferiram desde o começo, familiarizar-se com o tratamento adotado e apreciar as necessidades do paciente depois de seu regresso ao lar* (Kuschnir e Chorny, 2010).

Coube, portanto, ao Relatório Dawson, introduzir a territorialização, ausente até então dos sistemas de seguro social; apontar a necessidade de articulação entre a saúde pública – necessariamente nas mãos do Estado – e a atenção individual; e marcar a associação entre o modelo de organização de serviços e sua gestão, ao prescrever uma autoridade de saúde única no território. Do ponto de vista da organização de serviços, formulou os conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária, além de considerar os mecanismos de integração, como sistemas de informação e de transportes (Mendes, 2011).

A proposta, no entanto, era inerentemente controversa. Sua adoção implicaria em que os hospitais filantrópicos – principais responsáveis pela atenção hospitalar à época –, desaparecessem como sistema autônomo; a ideia de organizar serviços para a cobertura de grandes territórios desafiava o conceito de governo local e os custos para a construção e manutenção dos serviços necessários seriam altos. Não se conseguiu chegar a uma proposta final e o relatório foi engavetado. Somente durante a Segunda Guerra Mundial, no âmbito da discussão de uma nova política de proteção social, apresentada pelo *Relatório Beveridge* em 1942, o relatório Dawson voltaria a servir de base à proposta de organização do novo sistema de saúde universal e equitativo, dando origem ao *National Health Service* (NHS) britânico, criado em 1948. A organização de serviços seguiu a proposta do relatório, com mudanças resultantes de acordos com a corporação médica. Como não aceitaram trabalhar como assalariados em centros de saúde, os médicos generalistas foram contratados por capitação, responsáveis por cuidados integrais à sua lista de pacientes, com grau importante de autonomia, mas mantida sua função de *gate-keeper*, responsáveis pelas referências para os outros níveis e pela manutenção do vínculo. Uma nova forma

de inserção que se mostrou muito bem-sucedida e que foi mais tarde copiada por vários países (Kuschnir e Chorny, 2010).

2.1 A BUSCA PELO CUIDADO INTEGRAL

No Brasil, a medicina integral não se consolidou como um movimento institucionalmente organizado, mas associou-se num primeiro momento à medicina preventiva, durante o regime militar, e que seria posteriormente chamado de movimento da reforma sanitária. A percepção da medicina integral ultrapassou os limites das escolas médicas, permitindo que o enfoque deixasse de ser relacionado apenas ao processo formador e começasse a ser ampliado para o processo de trabalho dos profissionais e para as diferentes formas de organização de serviços. As discussões da integralidade da atenção no Brasil surgem então como uma das principais bandeiras de luta da Reforma Sanitária nos anos 70 em busca de um sistema de saúde mais justo, universal e que atendesse às necessidades da população através do desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Santos, 2013).

Segundo Mattos (2001), a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente, mas um indicador da direção que se deseja imprimir ao sistema de saúde e parte de uma "imagem-objetivo" que se relaciona com uma sociedade mais justa através de um conjunto de valores e sentidos. Esses valores e sentidos estão relacionados a uma visão mais abrangente da relação entre os profissionais e as necessidades dos usuários, à proposta de ações programáticas horizontalizadas e a formulação de respostas governamentais a certos grupos ou problemas de saúde específicos, envolvendo ações preventivas e também assistenciais.

Desta forma, o conceito de integralidade não está desvinculado ao da integração de serviços por meio de redes assistenciais. Integralidade envolve tanto o modo de produção das ações, isto é, a micropolítica dos processos de trabalho no interior de cada ponto de atenção à saúde, quanto a organização e a

articulação dos serviços de saúde em rede, na esfera macropolítica (Costa e Silva, 2004).

O desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação próprios para uma gestão eficaz e responsável dos recursos coletivos, que responda às necessidades de saúde individuais em âmbito local e regional fica evidente a partir da constatação de que os serviços de saúde não dispõem da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida, ou seja, torna-se necessária a interdependência dos atores e das organizações. Desse modo, a integralidade está diretamente relacionada ao grau de integração existente no sistema (Mattos, 2001).

Segundo Silva e Magalhães Jr. (2008), dos princípios do SUS, talvez seja a integralidade o menos conquistado desde sua implantação. Além disso, o conceito tem sido utilizado pelo poder judiciário como base concreta para a interpretação do artigo 196 da CF, favorecendo pressões da indústria de equipamentos e farmacêutica e a utilização inadequada de tecnologias assistenciais.

Para Magalhães Jr. (2006), vários são os sentidos de integralidade num modelo conceitual interessante para a reflexão sobre o tema, com claro sentido operacional. O primeiro traz que a integralidade pode ter sentido vertical, com a busca do olhar integral sobre o usuário, em todas as suas necessidades, expressas em demandas objetivas e perceptíveis.

O segundo sentido é a chamada integralidade horizontal, que dá base ao pensamento de implementação de redes, trazendo a possibilidade de atingir, na plenitude, o sentido anterior da integralidade, que não necessariamente será obtida em um único serviço ou contato com o sistema, mas exigirá uma sequência de pontos de atenção articulados em direção ao cuidado integral, responsável pela plenitude da conformação das Redes (Magalhães Jr., 2006).

Em terceiro lugar, vem a integralidade construída a partir da interação entre as diversas políticas públicas, a intersetorialidade, que retoma o conceito fundante da saúde pública, onde a saúde é produto de condicionantes e determinantes sociais. Nesse contexto é que tomam corpo as questões relacionadas à promoção

da saúde e a seu componente mais claro de prevenção de diversos níveis de agravos (Magalhães Jr., 2006).

Ainda segundo Magalhães Jr. (2006), de forma resumida, a integralidade se apresenta nas seguintes dimensões:

- Suficiência de recursos assistenciais;
- Articulação e integração de redes;
- Regulação assistencial pública;
- Atendimento às necessidades dos usuários;
- Impacto no quadro de saúde da população.

A discussão sobre a reestruturação dos sistemas de saúde, segundo a lógica de RAS teve posteriormente outros marcos decorrentes da reunião de Alma-Ata, realizada em 1978. No Canadá, a partir da década de 80, houve uma retomada da discussão sinalizando um esforço para superar o problema imposto pela fragmentação do sistema de saúde. Investiu-se na oferta contínua de serviços a uma população específica, territorialmente delimitada, focada na Atenção Básica em Saúde. Na Europa ocidental, as RAS vêm sendo adotadas em países como Noruega, Suíça, Holanda, Espanha, França, Alemanha, Inglaterra e Irlanda. Já nos países da América Latina, a implementação das RAS ainda é insipiente, sendo o Chile o país com maior experiência na área (Silva, 2008). Assim, em nível internacional e nacional, tem-se estabelecido um consenso gradativo de que a organização dos sistemas de saúde sob a forma de redes integradas é a melhor estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficaz às populações assistidas, com a possibilidade de construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde.

Não bastasse esse contexto, o Brasil vive uma transição demográfica acelerada. A população brasileira, apesar de baixas taxas de fecundidade, vai continuar crescendo nas próximas décadas, como resultado dos padrões de fecundidade anteriores. O percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 2,7% em 1960, passou para 5,4% em 2000 e alcançará 19% em 2050, superando o número de jovens, segundo Mendes (2010). Uma população em

processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, pois essas condições de saúde afetam mais os segmentos de maior idade (Mendes, 2010).

Ainda segundo Mendes (2010), a análise da carga de doenças, medida em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade, demonstra que 14,7% dessa carga são por doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição; 10,2%, por causas externas; 8,8%, por condições maternas e perinatais e 66,3%, por doenças crônicas. O somatório das duas últimas, ambas condições crônicas, indica que 75% da carga de doenças no país são determinados por condições crônicas, o que, ainda, exclui o percentual de doenças transmissíveis de curso longo.

Na mesma direção, a Organização Mundial da Saúde (2003) também adverte de forma incisiva: *Os sistemas de saúde predominantes em todo mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona.* Nesse contexto, o impacto crescente nos investimentos em saúde, em decorrência do envelhecimento da população, da incorporação tecnológica e do aumento das doenças crônicas, é sobejamente conhecido. Esses gastos têm crescido continuamente nos países industrializados, com poucas exceções. Tal crescimento não será interrompido pela construção das RAS, mas certamente poderão ser amenizados, na medida em que se amplia a eficiência econômica do sistema e em decorrência de economia de escala e escopo.

Dessa maneira, o necessário incremento dos recursos financeiros para o SUS deve vir junto com mudanças que permitam alinhar os incentivos econômicos com os objetivos sanitários. O sistema de pagamento, fortemente centrado no pagamento por procedimentos, sinaliza para os prestadores de serviços que ofertem mais serviços e serviços mais caros para maximizar seus ganhos. Esse sistema de incentivos é perverso porque estimula os prestadores a oferecerem, não o cuidado necessário, mas o máximo de cuidado possível, ao tempo em que os desestimulam a ofertarem intervenções voltadas para a promoção e a

manutenção da saúde. Ou seja, fortalece um sistema de doença em detrimento de um sistema de saúde. Esse desalinhamento entre os objetivos do sistema de atenção à saúde e os seus mecanismos de financiamento explica o fato de que uma grande parte dos procedimentos de saúde ofertados sejam desnecessários do ponto de vista sanitário (Mendes, 2011).

2.2 MARCOS TEÓRICOS CONCEITUAIS

As redes de atenção à saúde, ainda que tenham suas origens na década de 20, no Reino Unido, a partir da concepção *dawsoniana* de sistemas públicos de saúde, toma forma, contemporaneamente, com os sistemas integrados de saúde, uma proposta surgida no início dos anos 90, nos Estados Unidos. Isso significa que foi gestada modernamente no ambiente de um sistema segmentado, com hegemonia do setor privado. Dos Estados Unidos foi levada, com as adaptações necessárias, a sistemas de saúde públicos e privados de outros países (Mendes, 2007).

Ainda de acordo com Mendes (2007), um grupo pioneiro sobre redes de atenção à saúde foi constituído nos Estados Unidos em 1966 e estabeleceu características para os sistemas integrados de prestação de serviços de saúde:

- Foco nas necessidades de saúde da população;
- Coordenação e integração do cuidado através de sistemas de informação que ligam consumidores, prestadores e pagadores de serviços;
- Informação sobre custos, qualidade e satisfação dos usuários;
- Uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores e profissionais de saúde para alcançarem objetivos;
- Contínua melhoria dos serviços prestados.

Com base nesses elementos, definem-se os sistemas, baseados no conceito de integração, organizados de prestação de serviços de saúde como redes de organizações que prestam um *continuum* de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos à população a que servem (Mendes, 2007).

Todd (1996) explora os três conceitos básicos utilizados na construção dos sistemas integrados de serviços de saúde que são integração horizontal, integração vertical e cadeia de valor.

A *integração horizontal* ocorre quando duas ou mais unidades produtivas que produzem os mesmos serviços ou serviços substitutivos, se juntam para se transformarem numa única unidade ou numa aliança inter-organizacional. Os dois fatores motivadores da integração horizontal são busca de economia de escala e ganhos de fatias de mercado (Todd, 1996).

A *integração vertical* refere-se à combinação, numa mesma organização ou numa aliança inter-organizacional, de diferentes unidades produtivas que eram previamente autônomas, mas cujos produtos são insumos de uma unidade para outra (Todd, 1996).

Já o conceito de *cadeia de valor* representa a sequência de processos de produção inter-relacionados, dos mais básicos insumos (recursos humanos, materiais e financeiros) à produção de serviços até a distribuição dos serviços ao consumidor final. O conceito econômico de cadeia de valor é interpretado nos sistemas de saúde como o *continuum* de cuidados (Todd, 1996).

Silva e Magalhães Jr. (2008), tratam de dois conceitos importantes na construção das redes de atenção à saúde: economias de escala e escopo.

As economias de escala dizem respeito ao volume de procedimentos e atividades realizados pelos serviços. Referem-se a uma situação em que os custos médios de longo prazo caem com o crescimento da escala ou do volume de atividades, sendo o longo período um tempo suficientemente longo para permitir todos os insumos serem variáveis. Para ilustrar, não seria adequado, por exemplo, criar um ponto de oferta de ultrassonografia para determinado número de pessoas cuja soma de necessidades fosse inferior à capacidade instalada do serviço criado, que ficaria ocioso e dispendioso, raciocínio este válido para os diversos níveis de complexidade, devendo-se considerar não apenas a eficiência econômica, mas também a acessibilidade (Silva e Magalhães Jr., 2008).

Já o escopo diz respeito à variedade dos serviços ofertados, aplicando-se especialmente a unidades hospitalares ou de diagnose e terapia ambulatorial, nas

quais a diversidade de atividades desenvolvidas contribui para redução dos gastos (Silva e Magalhães Jr., 2008).

As RAS, em tese, favorecem a economia de escala e de escopo, ao criarem condições para que a abrangência dessas unidades atenda aos critérios exigidos, eliminando ociosidades e paralelismos na oferta (Silva e Magalhães Jr., 2008).

As Redes de Atenção, dessa forma, facilitam a reorganização de uma oferta fragmentada de serviços, pois se beneficiam de economias de escala e escopo e também do relacionamento entre escala e qualidade. Propiciam os investimentos de forma mais racional, a responsabilização compartilhada para melhorar a saúde populacional, o incentivo para reconhecer as vantagens de serviços de promoção de saúde, a prevenção e o incentivo para reconhecer a continuidade de atenção entre diferentes níveis de cuidado e diferentes organizações. CONASS¹⁵ (2010)

2.2.1 RAS: CONCEITOS E CAMINHOS

Em geral, os sistemas de atenção à saúde têm-se organizado, universalmente, a fim de atender às condições agudas. O SUS não se diferenciou nesse aspecto organizativo em que as condições agudas prevaleceram como orientadoras do modelo de atenção. Por consequência, a rede de serviços de saúde no país foi sendo construída e implantada ao longo dos anos na lógica da oferta e não da necessidade de saúde da população, sem o compromisso com o princípio da escala, de forma fragmentada, sem comunicação entre os diferentes pontos de atenção. A rede acabou polarizada entre atenção ambulatorial e hospitalar, existindo poucos pontos de atenção à saúde não convencionais. Em razão da baixa escala há baixa produtividade e a qualidade ficou comprometida, com os serviços não integrados desconhecendo os problemas de saúde na região em que atuam, sem vinculação de clientela. Não bastasse, os recursos são despendidos para a realização de procedimentos que geram pouco impacto no âmbito da saúde coletiva. No campo da qualificação do trabalho, os trabalhadores de saúde não foram adequadamente preparados para atender às condições crônicas e para interagir com os usuários, na busca da construção da autonomia

destes, trazendo insatisfação para aqueles que utilizam o sistema público (CONASS, 2010).

Tais equívocos trouxeram ao SUS uma crise no sistema de atenção à saúde, determinada pela incoerência entre uma situação epidemiológica marcada pela tripla carga da doença com predominância relativa das condições crônicas e um sistema de organização dos serviços voltado para o privilégio das condições agudas (Mendes, 2011).

Paralelamente, de acordo com Silva (2011), a implementação do SUS contribuiu pouco para a integração da saúde nas regiões que agregam diversos municípios, possivelmente pela pouca ênfase dada à regionalização. A publicação, em 2001, da *Norma Operacional da Assistência à Saúde* (NOAS/2001) teve como um dos seus principais objetivos suprir essa lacuna, dando proeminência à necessidade de formação de redes integradas. A NOAS teve muitas dificuldades de implementação e isso se deveu, segundo alguns autores, à proposição de regras rígidas, excessivamente parametrizadas, na reorganização dos serviços regionais, que se mostrou incoerente com as condições existentes e à não consolidação de uma governança regional e intermunicipal, fator indispensável para a articulação da interdependência entre municípios e destes com o governo estadual.

Com a publicação do *Pacto pela Saúde*, em 2006, a regionalização retornou com mais força à agenda do SUS. Aprovado e regulamentado pelas portarias ministeriais no 399 e 699, o Pacto se propôs a substituir o formato rígido da NOAS por pactuações mais flexíveis, resultando numa construção de arranjos que contribuíssem para a regionalização e o aperfeiçoamento de redes (Brasil, 2006).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (2008b), divulgou documento ressaltando a importância da organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS, definindo-as como *estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos*.

Silva e Magalhães (2008) trazem em sua definição que as Redes de Atenção à Saúde representam uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde.

A Portaria GM/MS 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010) define as Redes de Atenção à Saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Traz ainda como objetivo para a RAS, 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, sanitária e eficiência econômica.

Segundo Mendes (2011), o conceito de Rede tem sido desenvolvido em vários campos como a sociologia, a psicologia social, a administração e a tecnologia de informação.

Para Castells (2000), as redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia.

Ainda segundo o autor, uma definição muito conhecida é a do grupo pioneiro de sistemas organizados de prestação de serviços de saúde nos Estados Unidos que, a partir da presença de certos atributos, define tais sistemas organizados de prestação de serviços de saúde como *“redes de organizações que prestam um contínuo de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população”*.

Já a Organização Mundial da Saúde – OMS – a partir de seis modalidades de integração contidas nas Redes, produz uma conceituação de serviços integrados de saúde como *“a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a*

que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde” (World Health Organization, 2008).

A Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS – sugere que as redes integradas de serviços de saúde requerem alguns *atributos essenciais* para seu funcionamento, e com base nesses atributos conceitua as redes integradas de serviços de saúde como *“uma rede de organizações que presta, ou faz arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve” (OPAS, 2010).*

Com base nas concepções mais gerais contidas nas teorias de redes, em vários campos, agregando características operacionais temáticas, Mendes (2011), por sua vez, define as RAS como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

Segundo Hoffmann (2012), nota-se que nas definições de RAS descritas não é possível detectar diferenças substanciais. Também em comum, todas elas pressupõem alguns componentes como indispensáveis para a constituição de uma RAS:

- Um espaço territorial e uma população definida, com suas necessidades e demandas por ações e serviços de saúde;
- Serviços ou pontos de atenção e ações de saúde de diferentes densidades tecnológicas e com distintas características nos territórios, adequadamente articulados e integrados em ótima condição de custo / benefício e oferta / necessidade, devidamente caracterizados quanto às suas funções e objetivos;

- Sistema logístico que contribua para identificar e orientar os usuários, controlando seu acesso e fluxo pela Rede;
- Sistemas de regulação com normas e protocolos a serem adotados para orientar o acesso, definir competências e responsabilidades, além de coordenar os processos de decisão e planejamento;
- Sistema de governança, recurso de caráter organizativo sendo responsável pelo gerenciamento e integração funcional dos componentes das redes no SUS (compreendendo estratégias de gestão, financiamento e informação). Têm como objetivos criar uma visão e uma missão nas organizações; definir objetivos e metas que devem ser alcançados a curto, médio e longo prazos; articular as políticas institucionais, para o cumprimento dos objetivos e metas; desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gestores e da organização.

Ainda segundo Hoffmann (2012), as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços em uma Região de Saúde. Essa estrutura permite a oferta de atenção contínua e integral, sob coordenação da Atenção Primária à Saúde - APS, a uma população determinada, com responsabilidades sanitárias e econômicas para essa comunidade, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida da população e os resultados sanitários.

O autor destaca a importância do conhecimento deste conceito, pois revela os três elementos que constituem essas redes: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção.

A estrutura operacional é formada pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. É composta, por sua vez, por cinco elementos principais: (1) ABS; (2) pontos de atenção secundários e terciários, ambulatoriais e hospitalares; (3) sistemas de apoio; (4) sistemas logísticos e (5) sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes. O quarto corresponde às ligações que comunicam esses diferentes nós. Já o quinto, o sistema de governança da rede, é o componente que governa as relações entre os outros quatro (Silva, 2011).

Silva (2011) destaca ainda que deve-se lembrar que “redes” como alternativa para o planejamento de políticas tornaram-se um fenômeno mais presente com a globalização econômica, que alterou os processos produtivos, associando-se à maior flexibilização, integração e interdependência entre organizações, e também que as transformações recentes do Estado impõem modelos de gestão que implicam parcerias entre entes estatais e organizações sociais e empresariais.

De acordo com Oliveira (2004), as redes configuram-se em árvore, ou em malha. Redes em árvore, também conhecidas como redes hierárquicas (ou piramidais), caracterizam-se pela limitação das conexões entre seus diversos ramos. Predominam os fluxos hierárquicos, de um centro menor para o seu superior e, não havendo caminhos alternativos, podem ocorrer pontos de estrangulamento, impedindo o acesso da população aos níveis superiores da hierarquia. Já as redes organizadas em malha – em que cada nó se liga a vários outros – permitem percorrer caminhos variados entre os pontos, de modo que os diversos ramos da rede estão interconectados.

Castells (2007) afirma de forma radical que toda sociedade atual se organiza em redes. Destaca que as modificações nas tecnologias de informação e comunicação no contexto de reestruturação do capitalismo nas últimas décadas levaram à constituição de uma intrincada rede de relações, não apenas as de natureza política ou social, mas também biológica, econômica e tecnológica.

Cabe ainda destacar neste estudo um documento intitulado *Redes de Atenção à Saúde baseadas na Atenção Primária à Saúde*, elaborado pela OPAS (2009), que propõe uma política regional para formação de Redes de Atenção à Saúde. O documento considera que não há como prescrever um modelo organizacional único para as RAS, contudo as evidências mostram que alguns atributos são essenciais para seu funcionamento:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;

2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;
3. Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;
4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado, oferecida preferencialmente em ambientes ambulatoriais;
5. Existência de mecanismos de coordenação assistencial por todo o contínuo da atenção;
6. Atenção de saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais e de gênero e a diversidade da população;
7. 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;
8. Participação social ampla;
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
12. Financiamento adequado, com incentivos financeiros alinhados com as metas da rede;

13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde;

14. Gestão baseada em resultados.

Desse modo, a integração dos sistemas de saúde deve ser entendida então como um ato contínuo, processual e não como uma situação de extremos opostos entre integração e não integração. Assim, existem graus de integração, que variam da fragmentação absoluta à integração total. A integração é um meio para melhorar o desempenho do sistema, de modo que os esforços justifiquem-se na medida em que conduzam a serviços mais acessíveis, de maior qualidade, com melhor relação custo–benefício e satisfaçam aos usuários (OPAS, 2009).

Aqui se situa a importância da avaliação da evolução de implantação das Redes de Atenção à Saúde, proposta final deste estudo, sendo pautada nos atributos essenciais listados acima. E também sob a égide desses conceitos, caminhos e atributos pauta-se a atual estratégia de conformação de RAS e *Redes Temáticas de Atenção à Saúde*, propostas pelo Ministério da Saúde.

O *Pacto de Gestão*, componente do *Pacto pela Saúde* no Brasil (Brasil, 2006) implementou a conformação das redes regionais de atenção à saúde, constituindo-se em uma das estratégias para a regionalização da saúde no país, processo este que exigiu e exige a cooperação solidária entre os municípios das diversas regiões de saúde do país e a qualificação da ABS como instância organizadora do sistema e coordenadora do cuidado ofertado.

A partir daí, a atual gestão do Ministério da Saúde, na Atenção à Saúde (SAS/MS), concentrou seus esforços, nos anos de 2011 a 2013, na implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e no fortalecimento da Atenção Básica por entender que a implantação das RAS representa um avanço na organização do SUS, nos seus resultados e na sua avaliação pela população (Brasil, 2014).

Ao final de 2010, como fruto de um grande acordo tripartite, envolvendo o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS (União, Estados e Municípios), com a publicação e a partir do referencial na Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010), foram discutidas e pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as seguintes Redes Temáticas de Atenção à Saúde:

- Rede Cegonha;
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências – RUE;
- Rede de Atenção Psicossocial – RAPS;
- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência;
- Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

E respeitando as especificidades e negociação de cada rede temática, foram pensadas algumas fases para seu processo de implantação: Diagnóstico (análise situacional) e Adesão (política e técnica, após conformação de um Grupo Condutor de cada rede); Desenho da Rede, com pactuação dos fluxos e dos pontos de atenção e seus respectivos perfis; Contratualização dos pontos de atenção; Qualificação dos componentes da Rede e Certificação da Rede (Brasil, 2010).

O processo de formulação das Redes Temáticas buscou traduzir o atributo da *governança* como um dos instrumentos para gestão e operacionalização das Redes, além de fazer a opção conceitual de considerar as diretrizes da *Política Nacional de Regulação*, descritas na Portaria 1.559 de 1º de agosto de 2008 (Brasil, 2008), também como mecanismos de governança, trazendo uma proposta de reformulação da regulação sobre a produção de bens e serviços em saúde, de forma a torna-la mais eficiente, eficaz e efetiva, atenta aos interesses públicos.

Já a governança do financiamento nas Redes é dada por meio dos Planos de Ação Regionais – PAR – elaborados pelos Grupos Condutores, onde estão explicitados não só os montantes dos recursos financeiros necessários, bem como a responsabilidade de cada ente federativo na sustentabilidade de cada Rede (Brasil, 2010).

Prioridade do governo federal e apoiada por estados e municípios, a implantação das Redes Temáticas constituem-se oportunidades para iniciar a implantação das Redes do SUS. Essas ações, nas diversas regiões, podem permitir a aprendizagem em processo e proporcionar conhecimento empírico necessário para os ajustes no processo de expansão e qualificação de outras redes (Santos, 2013).

Nesse contexto, ainda segundo Santos (2013) a consolidação, estruturação e fortalecimento da Atenção Básica em saúde têm sido valorizadas como estratégias centrais para a implantação das Redes Temáticas e para a própria consolidação do SUS. Tanto o Ministério da Saúde, quanto de outras instituições internacionais como a OPAS tem destacado o papel da ABS como centro de comunicação das redes temáticas, como reguladora do acesso e utilização dos serviços necessários para a integralidade do cuidado.

Desse modo, a organização ainda vigente do modelo de atenção no SUS, que é a de um sistema hierárquico, piramidal, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média complexidade e alta complexidade, acaba tornando-se totalmente equivocada (Mendes, 2011).

2.3 A COMPLEXIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Para Cecilio (2012), passados 30 anos do lançamento dos fundamentos da Atenção Primária à Saúde – APS – ou Atenção Básica em Saúde – ABS (nomenclatura que tem sido preferencial e que será utilizada neste estudo), período em que os processos de adoecimento e as necessidades de saúde se transformaram intensamente, vemos seus princípios serem relançados e as suas capacidades de alcance ampliado. No documento apresentado pela OMS em 2008, com o sugestivo nome *Cuidados de saúde primários: agora mais do nunca*, ela é novamente apontada como a principal estratégia de reorganização dos sistemas nacionais de serviços de saúde frente às novas demandas colocadas para a saúde. Agora a ABS é pensada como ordenadora, coordenadora ou gestora do cuidado de saúde, a partir não mais da diretriz da hierarquização dos serviços, mas pela posição de centralidade que lhe é conferida na constituição de redes de cuidado. Entretanto, há um reconhecimento de que, apesar de todos os esforços, a promessa colocada na ABS de alcançar uma configuração mais racional, integrada e equitativa dos sistemas de saúde, funcionando sempre como

sua porta de entrada, ou, pelo menos, porta preferencial para o conjunto dos serviços de saúde, parece nunca se ter plenamente alcançado.

Para Mendes (2010), tendo em vista a crise nos sistemas nacionais de serviços de saúde contemporâneos, é possível perceber em vários países uma reconfiguração das dinâmicas da ABS. Três aspectos parecem ser consensualmente identificados nela: a intensificação dos *processos de gestão da clínica*, a constituição de *redes de cuidado* e a *contratualização das equipes da ABS por metas de produtividade*, entre outras iniciativas.

Além disso, segundo Rodrigues (2014), as doenças crônicas não transmissíveis constituem hoje o maior desafio para os sistemas de saúde por modificarem o padrão de necessidades da população, o que lhes impõe uma configuração sensível à produção da equidade e com capacidade de resolubilidade dos problemas, não mais na perspectiva de cura, mas do cuidado.

Ainda segundo a autora, vale mencionar que o conceito de APS foi cunhado em 1920 pelo *Relatório Dawson*, que os mencionava como o foco central do processo de regionalização no Reino Unido. Todavia, a APS foi consagrada a partir da Conferência Internacional no ano de 1978, em Alma-Ata, definida na ocasião como a porta de entrada dos sistemas de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

Assim, não é verdade que a Atenção Básica em Saúde – ABS – seja menos complexa que os cuidados de média e alta complexidades. A Política Nacional de Atenção Básica, aprovada pela Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011 (Brasil, 2011), define a organização de RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população, destacando a ABS como um de seus principais atributos, devendo ser estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde. Traz ainda que a ABS tem como funções:

- Ser *base*, com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade;

- Ser *resolutiva*, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- *Coordenar o cuidado*, elaborando, acompanhando e gerindo projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhando e organizando o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS, atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção e responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral, além de articular as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais;
- *Ordenar as redes*, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Desse modo, é na ABS que se situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam tecnologias de alta complexidade, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde, práticas de promoção e prevenção da saúde (Brasil, 2011).

Também por este fato, são grandes os desafios para que a ABS assuma de fato o papel de coordenação de uma RAS. Dentre os nós críticos destacam-se a insipiente política institucional direcionada ao fortalecimento da ABS, a inibida participação social das comunidades sobre este ponto de atenção e consequente baixa legitimidade social, a visão restrita de alguns gestores que tendem a compreendê-la, por vezes, como seletiva, além da insuficiência de recursos qualificados que resulta numa notável carência de dispositivos de apoio e logística que favoreçam a inovação das práticas, o acolhimento dos usuários e a vinculação dos mesmos (Mendes, 2011).

Segundo a OPAS (2011), a coordenação das RAS pela ABS implica que ela assuma papel central e estratégico de reordenamento do sistema de saúde,

orientando o cuidado ao longo de todos os pontos de atenção e de toda a vida de uma comunidade.

De outro lado, Cecilio (2012) descreve duas questões a serem consideradas quanto ao papel da ABS nas RAS: a primeira, é que a ABS tornou-se um posto avançado do SUS, lugar onde as pessoas buscam recursos fundamentais para compor o cuidado de que precisam. A vida dos brasileiros seria mais difícil sem ela. A rede básica é uma produtora de valores de uso para milhões de cidadãos. A segunda questão é que a ABS, por um conjunto de razões não reúne condições materiais e simbólicas para funcionar como o centro de comunicação entre os vários pontos que compõem as complexas redes de cuidado, num momento em que o Ministério da Saúde coloca na ordem do dia a construção das redes temáticas.

O que fazer então? O autor sugere que dois movimentos complementares podem ser feitos no sentido de se avançar na constituição, coordenação e operacionalização das redes temáticas. O primeiro é que a coordenação das redes assumirá múltiplas configurações a depender dos diferentes contextos loco regionais do SUS, devendo ser experimentados os mais variados arranjos, composições, lócus institucionais de operacionalização, incluindo graus diferentes de participação e responsabilidade da ABS. O segundo movimento vai no sentido de investimentos na ABS para que ela possa, progressivamente, ampliar sua capacidade de intervir ativamente nos processos regulatórios, consolidando gradualmente sua legitimidade perante os usuários como efetivo centro de comunicação com os demais serviços (Cecilio, 2012)

Para Campos (2007), quando afirmamos que na ABS deveriam ser resolvidos 80% dos problemas de saúde da população, assume-se com isso que, nas configurações que o SUS vem adquirindo colocam-se para a ABS pelo menos três funções importantes:

- *Acolhimento* à demanda e busca ativa com avaliação de vulnerabilidade: a dimensão do acolhimento pressupõe a disposição e organização da equipe para receber todas as demandas e avaliar os riscos implicados assegurando seu atendimento, visando à máxima resolutividade possível.

Dessa forma a ABS se constituirá em porta do sistema. Ao mesmo tempo, por meio do recurso da visita domiciliar, adscrição de clientela e análise das condições de saúde da comunidade e do território espera-se uma postura que vincule pessoas, famílias e a comunidade às Equipes de ABS;

- *Clínica ampliada*: A possibilidade de se construir vínculos duradouros com os usuários é condição para o aumento de eficácia das intervenções clínicas, sejam essas diagnósticas, terapêuticas ou de reabilitação. A construção do caso clínico pode ser efetivada em vários encontros ao longo do tempo, aumentando a confiança entre profissionais e usuários. Assim, a clínica deverá ser ampliada, partindo de seu núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito, respeitando a característica singular de cada caso;
- *Saúde Coletiva*: ABS como produtora de procedimentos de cunho preventivo e de promoção à saúde no seu território, realizando busca ativa de doentes, vacinas, educação, além de medidas para melhorar a qualidade de vida e projetos intersetoriais.

A viabilização dessas três funções não é uma tarefa simples. É frequente observar desvios que diminuem a capacidade da rede, seja pelo foco excessivo na prevenção de riscos deixando toda a resolutividade clínica para a rede de urgência, seja a orientação de transformar a ABS em pronto atendimento clínico de baixa qualidade. Segundo o autor, a capacidade da rede básica resolver 80% dos problemas de saúde dependerá tanto de investimentos, quanto da adoção de um modelo organizacional adequado e que permita o cumprimento dessas três funções.

Segundo Mendes (2011), as mudanças devem acontecer para que a ABS seja apropriada como uma estratégia de reorganização dos sistemas de atenção à saúde e, não meramente, como um programa para pobres em regiões pobres ou como um nível de atenção à saúde exclusivamente. A interpretação da ABS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica entendê-la como uma forma singular de reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as

necessidades da população, o que resulta em sua articulação como centro de comunicação das redes de atenção à saúde.

2.4 A REGULAÇÃO EM SAÚDE

A realidade tem mostrado vários modelos de atenção à saúde, isolados, muitas vezes concorrentes e com um percentual importante de compra de serviços privados com o objetivo de suprir as necessidades das gestões locais. É notória também a desigualdade na capacidade gestora nos territórios, o que resulta em sistemas de saúde com capacidades resolutivas diversas, inclusive, no atendimento das populações externas à sua área de abrangência territorial (Santos e Merhy, 2006).

Ainda segundo os autores, a organização das redes de serviços de saúde e o planejamento das ações, na maioria das vezes, ocorrem de forma fragmentada ou parcial, o que dificulta o estabelecimento de referências pactuadas, refletindo em nítidas barreiras físicas e burocráticas ao acesso da população às ações e serviços, apesar da expansão da rede observada nos últimos anos. A realidade da construção do SUS evidenciou a necessidade de propor alternativas que dirimissem a fragmentação da gestão pública, dentre elas a própria constituição das RAS.

A edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 01/2001 (Brasil, 2001) trouxe a necessidade da estruturação das ações de regulação assistencial através da implantação de complexos reguladores, entendidos como uma ou mais centrais de regulação. A NOAS também estabeleceu a regulação assistencial definindo que a mesma deveria ser *“voltada para a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada”*.

Sendo composta por ações de impacto, que efetivamente adequam o modelo de atenção à saúde vigente, a Regulação permite que a gestão pública institua melhor controle do acesso aos serviços ofertados e também um maior

controle financeiro. Portanto, são ações que revolucionam, modificam e que qualificam o SUS (Castro, 2002).

A regulação da saúde pelo Estado brasileiro tem a sua importância dada pelo modelo de prestação de serviços adotado ao longo do tempo. Entende-se, aqui, o processo de regulação como a intervenção de um terceiro entre a demanda do usuário e a prestação efetiva do ato de saúde pelos serviços de saúde (Santos FP e Merhy EE, 2006).

A partir das negociações e pactuações definidas no Pacto pela Saúde (Brasil, 2006), os três entes federados depararam-se com a necessidade de definir responsabilidades e de estabelecer a regulação não apenas como um instrumento de garantia do acesso, mas como uma ferramenta de gestão do sistema de saúde. Regular a assistência à saúde significa atender às solicitações individuais, seguindo critérios prioritários pré-estabelecidos de necessidades de saúde. Está implícito, portanto, que para um atendimento eficaz e eficiente é necessário que os serviços oferecidos estejam organizados e sejam compatíveis com as necessidades da população, diretriz esta também contida na organização das RAS.

É importante estabelecer a diferença entre necessidade e demanda, diferença essa que é fundamental para o gestor no processo de organização do acesso a serviços de saúde. Nem toda demanda é necessidade, porém requer respostas. Nem toda necessidade é demandada pela população, porém requer o discernimento do gestor para o seu enfrentamento. As demandas do usuário são geradas muitas vezes pelos serviços/prestadores, e não pela necessidade. Esses conceitos precisam ser aprofundados, em virtude da adequada alocação de recursos com eficiência e eficácia (Castro, 2002).

O autor ainda destaca que outra distinção a ser feita é entre os termos regulação e regulamentação. A regulação será entendida, aqui, como um conceito principal, que expressa a intencionalidade do ator ao exercer a sua capacidade, o seu poder instituído ou em disputa. Regulamentar será compreendido como o ato de normatizar em regras essa mesma intencionalidade. Portanto, o processo de regulamentação estará subordinado ao processo principal de regular.

Ao regular o acesso, com base nos protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente, a regulação estará exercendo também a função de orientar os processos de programação da assistência, assim como o planejamento e a implementação das ações necessárias para melhorar o acesso. O fato aqui a ser destacado é que ao se estabelecer a regulação do acesso, a programação assistencial passa a se basear nas *necessidades de saúde* da população e não na disponibilidade de oferta (Santos e Merhy, 2006).

A Regulação em Saúde compõe-se como eixo central da estrutura operacional das RAS. De acordo com a Portaria GM/MS 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010) e com Mendes (2011), a estrutura operacional das RAS contém cinco componentes:

1. Atenção Básica em Saúde, o centro de comunicação:

Conforme já descrito, a *Atenção Básica em Saúde* é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado. Para cumprir este papel, deve atuar como nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, pois constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas. Além disso, deve exercer um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A coordenação do cuidado deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (Brasil, 2010).

2. Pontos de atenção à saúde secundários e terciários:

De acordo com Mendes (2011), as RAS determinam a estruturação dos *pontos de atenção à saúde, secundários e terciários*, únicos elementos temáticos das RAS. Esses pontos de atenção à saúde se distribuem, espacialmente, de acordo com o processo de territorialização: os pontos de atenção secundária, nas microrregiões sanitárias, e os pontos de atenção terciária, nas macrorregiões sanitárias. Além disso, articulam-se com os níveis de atenção à saúde: os pontos de atenção secundária compõem o nível de atenção secundária (“média complexidade”) e os pontos de atenção terciária integram o nível de atenção terciária (“alta complexidade”).

Ainda de acordo com o autor, conceitualmente, os pontos de atenção secundária e terciária são nós das RAS em que se ofertam determinados serviços especializados, gerados através de uma função de produção singular. Eles se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciária mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundária e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente. Contudo, na perspectiva das redes poliárquicas, não há, entre eles, relações de principalidade ou subordinação, já que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das RAS.

Mendes (2011) faz ainda um destaque para os hospitais que, como integrantes de uma RAS, desempenham funções diferenciadas em relação aos hospitais nos sistemas fragmentados de atenção à saúde. A razão é clara: as RAS caracterizam-se pela poliarquia, o que é incompatível com hospitalocentrismo que marca os sistemas fragmentados. Dessa forma, os hospitais devem estar inseridos, sistemicamente e de forma integrada, como organizações que contêm pontos de atenção de diferentes redes temáticas de atenção à saúde. Portanto, o hospital, na RAS, deve ser avaliado, entre outras variáveis, por sua sistemicidade, ou seja, como parte integrante dessas redes, articulado com outros pontos de atenção à saúde e com os sistemas de apoio.

No Brasil, uma análise do Ministério da Saúde, com base no *Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES* (Brasil, 2000) mostrou que o país dispõe de 5.664 hospitais, sendo 4.450 destes (78,6%) unidades em

funcionamento com menos de 100 leitos, o que significa que operam com significativa ineficiência do ponto de vista da economia de escala, além do fato de que há nos hospitais, em geral, uma estreita relação entre escala e qualidade. Desse modo, a rede hospitalar do SUS, parte integrante da RAS, deverá passar por um processo de reengenharia para que possa operar com eficiência e qualidade, o que implicará, nos médio e longo prazos, um menor número de hospitais com um maior número médio de leitos hospitalares, adensados tecnologicamente.

3. Sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde):

São os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos; e pelos sistemas de informação em saúde (Brasil, 2010).

O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, assim como os pontos de atenção à saúde, quando organizados em redes, diferenciam-se da forma convencional de organizá-los, prevalecente nos sistemas fragmentados. Dois aspectos devem ser ressaltados: a forma de organização, que deve estar articulada com a ABS e o modelo de programação adotado, atualmente pautada pela Programação Pactuada Integrada da Assistência – PPI – e, por consequência, ancorado em séries históricas e na oferta de serviços, não nas necessidades em saúde dos usuários (Mendes, 2011).

Segundo Mendes (2011), a assistência farmacêutica, tanto do ponto de vista sanitário quanto econômico, tem tido peso e importância crescentes no desenvolvimento do SUS e, conseqüentemente, trata-se de tema dos mais desafiadores para a organização das RAS.

Do ponto de vista econômico, os gastos dos medicamentos constituem o segundo maior item de despesa dos sistemas de atenção à saúde, somente superados pela atenção hospitalar. Além disso, para os 40% mais pobres da população, é o item com maior peso nas despesas (Casarin, 2009). Também aqui destaca-se o fenômeno da *judicialização*, onde a administração pública, nos três entes federativos, é constrangida nas vias jurisdicionais, a prestar, indiscriminadamente, assistência farmacêutica, sofrendo os cofres públicos grande prejuízo, comprometendo o funcionamento do Estado como um todo e não apenas a estrutura do SUS.

Ainda segundo Casarin (2009), o incremento na utilização de medicamentos encontrou condições favoráveis em uma sociedade capitalista que estimulou o seu emprego como bem de consumo e capaz de oferecer o simulacro da saúde perfeita. O aumento do número de internações hospitalares provocadas por medicamentos foi um dos indicadores de morbidade e mortalidade relacionada ao seu uso irracional, respondendo por 27% dos casos de intoxicações no Brasil, influenciada pela automedicação.

Ainda do ponto de vista sanitário, segundo Casarin (2007), em que pese a importância do medicamento como um bem essencial à saúde e importante ferramenta terapêutica, sendo responsável por parte significativa da melhoria da qualidade e expectativa de vida da população, seu consumo vem mostrando-se no Brasil como um obstáculo para a consolidação do SUS, cujo modelo assistencial ainda tem como forte característica a medicalização, fato este influenciado por diversos fatores, dentre eles: oferta, variedade, qualidade e preços de produtos no mercado, modelo assistencial baseado na medicalização e centrado no atendimento médico, além do marketing direto e indireto da indústria farmacêutica.

O sistema de assistência farmacêutica engloba dois grandes componentes: a logística dos medicamentos (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição) e a farmácia clínica, onde a quase infinita existência de combinações de fármacos aumenta significativamente a dificuldade em prever e monitorar as interações adversas. O componente da farmácia clínica envolve o formulário

terapêutico, a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância (Mendes, 2011).

Por isso, na construção das RAS, a organização do sistema de atenção farmacêutica deverá considerar essas duas dimensões. Em geral, no Brasil, prevalecem os esforços relativos à organização dos ciclos logísticos e coloca-se, ainda, pouco esforço no componente assistencial e de vigilância da farmácia clínica. Há que se considerar que todas as atividades da assistência farmacêutica devem ocorrer de forma ordenada, já que uma atividade executada de forma imprópria prejudicará todas as demais atividades do sistema (CONASS, 2007).

O terceiro componente dos sistemas de apoio, nas RAS, são os sistemas de informação em saúde. Os sistemas de informação em saúde têm sido considerados como ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde com vistas à produção de intervenções sobre as necessidades da população. Os sistemas de informação em saúde constituem um esforço integrado para coletar, processar, reportar e usar informação e conhecimento para influenciar as políticas, os programas e a pesquisa (Abouzahr e Boerma, 2005).

A construção social das RAS, para ser consequente, tem de ser suportada por informações de qualidade ofertadas por bons sistemas de informação em saúde. Informações eficazes ajudam os gestores a aperfeiçoar as suas decisões e levam à melhoria dos serviços públicos. Isso se explica porque boas informações permitem reduzir as incertezas e diminuir os riscos associados ao processo decisório. Os sistemas de informação em saúde do SUS apresentam, pois, problemas de excessividade injustificada e de baixa qualidade, seja na precisão (validade, confiabilidade e completude), seja na atualidade, na facilidade de recuperação, na redundância e na integração. RISSO⁴⁰ (2006) sugere para a melhoria das informações em saúde, as seguintes medidas: a definição clara de cada elemento do banco de dados de forma a evidenciar ambiguidades; a padronização do uso de terminologia e classificação; o treinamento dos recursos humanos envolvidos com a informação; a melhoria da anotação das informações nos prontuários clínicos; e a manutenção e a auditoria externa.

Cabe aqui ressaltarmos que um fator fundamental para a melhoria dos sistemas de informação em saúde é a utilização dessas informações como insumos na produção cotidiana das decisões dos gestores dos sistemas de atenção à saúde, conforme sustenta a atenção à saúde baseada em evidência (Mendes, 2011).

No SUS há seis sistemas de base nacional principais: o Sistema de informações de mortalidade (SIM), o Sistema de informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de informações de agravos de notificação (SINAN), o Sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA SUS), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH SUS) e o Sistema de informação de atenção básica (SIAB). Há, além desses, outros sistemas importantes como o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a Autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo (APAC) e o Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS). A eficácia de alguns desses sistemas de informação em saúde, especialmente os ligados à produção de serviços, é potencializada pela introdução de sistemas logísticos potentes como os prontuários clínicos.

4. Sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde):

De acordo com a Portaria GM/MS 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (Brasil, 2010), os sistemas logísticos são soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, e ligadas ao conceito de integração vertical. Consistem na efetivação de um sistema eficaz de referência e contra referência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio na rede de atenção à saúde. Estão voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde.

Mendes (2011) destaca que os sistemas logísticos nas RAS estão ligados ao conceito de integração vertical, que refere-se à combinação, numa mesma

organização ou numa aliança interorganizacional, de diferentes unidades produtivas que eram previamente autônomas, mas cujos produtos são insumos de uma unidade para outra. Os fatores motivadores da integração vertical são a superação da fragmentação dos sistemas de atenção à saúde, a obtenção de menores custos de transação no sistema e o aumento da produtividade pela utilização ótima dos recursos comuns. Nas RAS, a integração vertical consiste, fundamentalmente, em comunicar os diferentes pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio, de diferentes prestadores de serviços, por meio de sistemas logísticos potentes, com o objetivo de se obter uma atenção à saúde coordenada no contínuo de cuidados.

Os principais sistemas logísticos das RAS, segundo Mendes (2011) são o cartão de identificação e acompanhamento dos usuários, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado e suas centrais de regulação e os sistemas de transporte em saúde.

O cartão de identificação dos usuários é o instrumento que permite alocar um número de identidade único a cada pessoa que utiliza o sistema de atenção à saúde, podendo ser simplesmente um cartão com um número único, para uma região ou para um país, ou um cartão inteligente, com capacidade de armazenamento de informações, permitindo a identificação inequívoca de seu portador em quaisquer pontos de atenção à saúde ou sistemas de apoio das RAS, em todo o território de abrangência dessas redes e, até mesmo, em locais fora dessa abrangência. É importante também que esse cartão permita identificar o território de residência e as famílias das pessoas usuárias (Mendes, 2011).

No SUS, há uma proposta de cartão de identificação dos usuários que é o *Cartão Nacional de Saúde ou Cartão SUS* (Brasil, 2008). O Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do SUS ao usuário, ao profissional que os realizou e à unidade de saúde onde foram realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação.

Toda vez que acontece um atendimento em um estabelecimento público de saúde, ele é registrado por meio do cartão do usuário no banco de dados do SUS. Todos os prontuários de usuários ficam disponíveis na rede do sistema; dessa forma, mesmo que o atendimento seja feito em outros estabelecimentos e até mesmo em outros estados, o sistema é atualizado e é possível que o profissional de saúde saiba o que já foi feito (Mendes, 2011).

Os prontuários clínicos, em versão de papel ou eletrônica, são definidos pelo Conselho Federal de Medicina (2002) como um *“documento único constituído de um conjunto de informações, de sinais e de imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”*. O prontuário clínico não pertence ao médico, aos outros profissionais de saúde ou à instituição que oferta os serviços. Ele constitui um instrumento de comunicação entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, o usuário e o serviço de saúde.

O prontuário eletrônico compõe-se de um conjunto de dados de saúde, agregados a partir do usuário. Idealmente esse conjunto de dados deveria representar o registro dos eventos relacionados à saúde da pessoa, desde seu nascimento até a morte (Mendes, 2011).

Ainda segundo Mendes (2011), os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde nas RAS são corporificados, essencialmente, pela *Regulação em Saúde*. Constituem-se de estruturas operacionais que fazem a mediação entre a necessidade em saúde/demanda e a oferta disponível nos serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção à saúde e em fluxos assistenciais.

Tais sistemas apresentam os seguintes objetivos (Mendes, 2011):

- Organizar o acesso de forma equitativa, transparente e com segurança;
 - Organizar o acesso com foco no usuário;
 - Desenvolver e manter atualizados protocolos de atenção à saúde
- Organizadores do processo de regulação do acesso;

- Instrumentalizar os fluxos e processos relativos aos procedimentos operacionais de regulação do acesso;
- Implementar uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso;
- Manter um corpo de profissionais capacitados para a regulação do acesso;
- Gerar sistemas de monitoramento e avaliação de suas atividades através da geração de relatórios padronizados.

Existem, basicamente, três tipos de regulação da saúde, segundo Coleman (1998):

- *Regulação estatal sobre o setor saúde*: a mais ampla, tendo o foco na produção de bens e serviços de saúde, verificando se as regulamentações para a execução das políticas estão sendo cumpridas;
- *Regulação da atenção à saúde*: foca-se sobre os produtos finais do setor saúde como a contratação de prestadores, qualidade dos serviços executados, humanização, satisfação do usuário, etc;
- *Regulação assistencial*: a mais específica, age em aspectos concretos da relação do usuário com os serviços de saúde como a regulação médica da atenção hospitalar, agenda de consultas especializadas, referência entre unidades segundo fluxos e protocolos, implantação dos complexos reguladores, etc.

Segundo Silva (2008), o pacto federativo e a legislação do SUS preveem direção única em cada esfera de governo. No caso da regulação, na lógica das RAS, a responsabilidade deve ser compartilhada entre municípios e governos estaduais. Exercer essa responsabilidade, preservando a autonomia dos entes federativos envolvidos, é dos maiores desafios para a qualificação da Regulação.

Ainda segundo Silva (2008), alguns passos são necessários para o fortalecimento da regulação na lógica das RAS: Identificação dos usuários e cadastramento dos estabelecimentos e profissionais de saúde da região; Avaliação dos instrumentos que regulam a oferta assistencial na região, fazendo sua readequação, se necessário; Legitimação, criação ou readequação, se

necessário dos protocolos técnico assistenciais; Criação ou adequação do suporte logístico para o trabalho em redes.

Ainda segundo o autor, tais passos buscam uma situação ideal da estruturação da Regulação, que se caracteriza por:

- ABS qualificada e resolutiva;
- Identificação das reais necessidades em saúde;
- Oferta de serviços coerente com as necessidades em saúde;
- Unidades de serviços cadastradas e contratualizadas, com clara definição de seu papel na RAS;
- Equipes preparadas para desenvolver as atividades de regulação;
- Utilização de protocolos técnicos e operacionais;
- Mecanismos de identificação dos usuários;
- Autonomia que permita a realização das diferentes atividades de regulação.

Quanto aos sistemas de *transportes em saúde*, Mendes (2011) relata que os mesmos têm como objetivo estruturar os fluxos e contra fluxos de pessoas e de produtos nas RAS. Esses sistemas devem transportar os usuários em busca de atenção à saúde, mas, também, garantir o movimento adequado de material biológico, dos resíduos dos serviços de saúde e das equipes de saúde. Os sistemas de transporte em saúde são soluções logísticas transversais a todas as RAS, imprescindíveis para o acesso aos pontos de atenção à saúde e aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico.

5. Sistema de governança

Enquanto a governabilidade está mais relacionada aos recursos para exercer o poder estatal e levar adiante as ações de governo, a governança é uma condição mais ampla, que diz respeito à articulação e à cooperação entre atores sociais e políticos, do governo e da sociedade, visando à construção dos arranjos institucionais necessários para que os objetivos almejados sejam alcançados, segundo Silva (2008). A consolidação da governança das RAS no SUS tem relação com a organização do processo decisório e do gerenciamento.

Nesse sentido, Mendes (2011) diferencia a governança das RAS da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos sistemas logísticos, já que cuida de governar as relações entre a ABS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes sendo a mesma transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde. Ainda segundo o autor, a lógica da governança das RAS é distinta da lógica de governança dos sistemas fragmentados. Nestes, a incomunicação entre os diferentes pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio impõe um modelo de governança por estruturas em que se gerenciam, isoladamente, esses diferentes componentes.

Granja e Zoboli (2012) relatam que a governança local promove mecanismos facilitadores da comunicação entre os diversos atores da Rede, numa ação conjunta de Estado e sociedade civil que marca a nova fronteira nas relações entre administração e cidadãos. Uma governança boa e eficaz propicia a operacionalização da Humanização da Saúde pela construção de diferentes espaços de encontro entre os sujeitos para os pactos de tarefas e responsabilidades; troca de saberes; fortalecimento do controle social; desfragmentação das organizações e processos de trabalho; diminuição do distanciamento entre governantes e governados. Espaços de deliberação reforçam o caráter democrático das políticas públicas e possuem potencial para fomentar cidadania, emancipação das pessoas e humanização dos cuidados de saúde. Nas RAS, a governança é o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes, de forma a gerar cooperação entre os atores sociais, aumentar a interdependência entre eles e obter resultados sanitários e econômicos positivos para a população adscrita.

A governança da RAS é entendida então, como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Nesse contexto, a Comissão Intergestores Regional – CIR desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa onde é exercida a

governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretar a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região (Brasil, 2010).

Exercer uma governança solidária nas regiões de saúde implica o compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e apoio, e de um processo contínuo de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde. O exercício da governança implica, ainda, o enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização, como as relações federativas, as relações público-privadas, as capacidades internas de gestão, a sustentabilidade financeira, a regulação da atenção e o estabelecimento de padrões de qualidade para a provisão de serviços (públicos e privados), bem como os padrões de gestão e desempenho das unidades de saúde, entre outros (Mendes, 2011).

Dessa forma, cabe à governança promover mecanismos facilitadores da comunicação entre os diversos atores para que se promovam decisões compartilhadas nas RAS, pois seus vários pontos de atenção regem-se por diferentes interesses, algumas vezes, conflitantes. Nesses pontos, concorrem os atores federativos (municipais e estaduais), o Estado, a Administração Pública e a sociedade civil, ou seja, confrontam-se interesses públicos e privados. Além disso, se a Atenção Básica em Saúde é o elemento fundante da RAS, é a partir dela que se começam a desenhar as redes e a estruturar a governança. A ABS é espaço privilegiado para se conhecer os problemas e as necessidades de saúde dos indivíduos e coletivos (Granja e Zoboli, 2012).

No Ministério da Saúde (Brasil, 2009), a opção metodológica adotada na construção do modelo de gestão para resultados, se baseia, principalmente, na integração das metodologias da *Gestão Matricial de Resultados* (ou *Governo Matricial®*) e do *Balanced Score-Card*. Sinteticamente, a combinação dos modelos preconiza um cruzamento de elementos da estratégia (objetivos, programas, projetos, etc.) com elementos da estrutura (unidades, organizações, etc.), visando alinhar a estrutura implementadora à estratégia, para que essa última

efetivamente se realize. Nesse sentido, os três blocos principais de implantação da Gestão Matricial de Resultados são:

- Construção da agenda estratégica;
- Alinhamento da arquitetura organizacional implementadora;
- Implantação de mecanismos de monitoramento e avaliação.

Silva (2008) argumenta que a ampliação da governança regional é necessária para o complexo desafio da consolidação das RAS, visto que envolve um conjunto amplo de atores e serviços, com responsabilidades singulares, mas relacionadas a um objetivo sistêmico sem hierarquia preestabelecida. Desse modo, uma boa governança das RAS diz respeito tanto à coordenação da interdependência dos participantes, quanto à articulação de diferentes programas, projetos e ações, de modo que se potencializem.

Mendes (2011) relata que, ainda que não existam evidências empíricas sobre que modelo permite alcançar um maior grau de integração das RAS, são propostos três atributos desejáveis para uma boa governança do sistema: a abrangência de governança de toda a rede, isto é, uma perspectiva sistêmica no processo decisório estratégico; a responsabilidade com a população adscrita à RAS; e a coordenação entre as diferentes instituições que compõem a RAS para assegurar a consistência na missão, na visão e nos objetivos estratégicos.

Destaca que, no modelo federativo tripartite brasileiro, a gestão das políticas públicas torna-se mais complexa na medida em que é preciso conjugar a interdependência e autonomia de três entes. A coordenação federativa, por sua vez, precisa ser exercida tanto pela União quanto pela esfera estadual em relação aos municípios. Ainda que a esfera estadual seja aquela com atribuições menos definidas na CF, cabe a ela um papel central nas políticas sociais, particularmente quando se considera a heterogeneidade dos municípios em termos de capacidade técnica, administrativa e financeira.

Para Gomes e MacDowell (2000), a natureza singular da descentralização brasileira articula-se com o municipalismo autárquico, especialmente após a CF de 1988, que gerou um processo de criação desordenada de municípios. Num contexto no país em que 75% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes,

torna-se complexo implantar um sistema de base municipal, senão aumentando a fragmentação do sistema de atenção, o que acaba por interferir na qualidade dos serviços prestados.

Para Teixeira (2003), a municipalização gerou uma competição intermunicipal predatória por recursos escassos, em função da carência de espaços intermediários de mediação. Daí a necessidade e a implantação dos Colegiados de Gestão Regionais, posteriormente denominados Comissões Intergestores Regionais – CIR.

Para Mendes (2011), um novo pacto sanitário da saúde deverá estruturar-se sob o mote da unidade doutrinária e da diversidade operacional, onde o Ministério da Saúde deverá ser o garantidor da unidade doutrinária, formulador e controlador das políticas nacionais e co-financiador do sistema, segundo critérios equitativos que permitam a redução das iniquidades interestaduais. Além disso, haverá que se cuidar para que o SUS não tenda a ser uma confederação de sistemas regionais de atenção à saúde, descoordenados entre si. Para isso, será fundamental garantir a integridade das políticas nacionais, ou seja, a unidade doutrinária, e os sistemas de informação de base nacional. As Secretarias Estaduais de Saúde deverão ser fortalecidas em seu papel regulador para que desempenhem adequadamente as suas funções essenciais na saúde pública, garantam a unidade doutrinária do SUS nos estados, co-financiem redistributivamente o sistema de atenção à saúde nos estados para reduzir as iniquidades regionais e exercitem, com os municípios, nas macro e nas microrregiões sanitárias, a co-gestão das RAS, segundo a regionalização cooperativa.

Regionalização que, no caso do SUS, assenta-se numa definição de regiões de saúde como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhadas do território. Essas regiões de saúde devem organizar as RAS a fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado.

A organização das regiões de saúde deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social (Brasil, 2006). Novamente destaca-se o papel da CIR, enquanto espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa, buscando qualificar o processo de regionalização e a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS.

Nesse sentido, a ideia de fortalecimento jurídico das CIR não é sem perigos, segundo Mendes (2002). Ela pode levar à incorporação, nesses entes, da prestação de serviços e há evidências na experiência internacional de que a mistura de funções de regulação e de prestação de serviços fragiliza o papel da regulação em detrimento da provisão de serviços, o que reduziria o papel central Comissões Regionais de exercitar a governança das RAS.

Ainda segundo Mendes (2011), o ente de governança das RAS deve atuar por meio de sistemas gerenciais eficazes como o processo de *territorialização*, o *planejamento estratégico*, o *sistema de contratualização*, o *sistema de monitoramento e avaliação* e o *sistema de acreditação*.

A territorialização, instrumento fundamental para a governança das RAS, é o processo que se expressa em Planos Diretores de Regionalização (PDRs). O processo de territorialização constitui-se na definição dos diferentes espaços de vida das populações e que dão a base territorial para a constituição das RAS, concretizando-se nos PDR (Brasil, 2008b).

O planejamento estratégico nas RAS, no âmbito do SUS, permite imprimir maior racionalidade sistêmica pela ordenação dos fluxos e contrafluxos de usuários e informações. Deve ser desenvolvido de forma articulada, integrada e cooperativa entre as três esferas federativas de gestão. Essa forma de atuação representará o sistema de planejamento do SUS baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão e pressupõe que cada esfera de gestão realize o seu planejamento, articulando-se de forma a fortalecer e a consolidar os objetivos e as diretrizes do SUS, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locorregionais. No SUS, o sistema de planejamento está ancorado na Programação Pactuada e

Integrada – PPI, sendo que sua formulação estratégica implica uma análise do entorno político, institucional e sanitário (Mendes, 2011).

O sistema de contratualização diz respeito à necessidade de elaboração de contratos de gestão entre os gestores das RAS e os prestadores de serviços de saúde envolvidos nessas redes, para a operação do sistema de planejamento estratégico. Esses contratos objetivam dar solidez jurídica às CIR por meio de contratos que gerem direitos e obrigações. Desse forma, preconiza-se a separação das funções da regulação e da prestação de serviços e, por consequência, a separação das funções de regulação e financiamento da prestação de serviços, daí a exigência dos contratos.

Os contratos são construídos a partir de quatro variáveis principais: os objetivos das RAS contidos nos planos estratégicos; as evidências e o custo efetividade das tecnologias de saúde; a disponibilidade e a capacidade de ajustar a oferta de serviços de saúde; e as necessidades dos usuários do sistema de atenção à saúde (Mendes, 2011). Nesse sentido, a avaliação do contrato deve abranger um juízo sobre: o elenco de serviços prestados; a utilização e o acesso dos usuários aos serviços contratados; a coordenação e a integração da atenção à saúde prestada; a eficiência e a situação financeira dos prestadores de serviços; e a qualidade da atenção à saúde prestada.

3 PROPOSIÇÃO

O objetivo do presente estudo é, a partir de uma revisão de literatura de conceitos das Redes de Atenção à Saúde no SUS, de avaliação de sistemas de saúde e da legislação do SUS no Brasil, propor um instrumento de avaliação da implantação e do grau de integração das Redes de Atenção à Saúde, além de analisar sua aplicação na região de saúde do ABC no estado de São Paulo.

Para isso, destaca-se a importância da compreensão da não polarização da articulação dos sistemas de saúde entre integração e não integração, e sim compreendida como fruto de um processo anti-hegemônico, contínuo e desafiador. Desse modo, a análise será pautada considerando a existência de graus de integração que poderão variar desde um sistema fragmentado de atenção à saúde até a observação de uma rede integrada de atenção à saúde implantada, buscando o acesso dos usuários aos serviços de saúde de forma equânime, com a garantia da continuidade do cuidado em todas as suas dimensões.

Para isto, também a partir da revisão de literatura, apresenta-se um questionário, cuja aplicação servirá para avaliação do grau de integração das RAS, construído a partir dos princípios e diretrizes do SUS, além dos atributos essenciais e componentes das Redes de Atenção à Saúde.

Além disso, pode-se citar como objetivos secundários deste trabalho:

- Estimular a cultura avaliativa dos gestores e trabalhadores do SUS;
- Ofertar um instrumento de apoio à gestão do SUS;
- Produzir conhecimento qualitativo da Rede de Atenção à Saúde;
- Identificar oportunidades e possibilidades de melhorias necessárias.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Pautado pela revisão de literatura e legislação do SUS e das Redes de Atenção à Saúde, a partir da criação de um grupo composto por técnicos da Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde (DARAS) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, foram realizadas oficinas com o propósito de construção de um instrumento de avaliação da implantação das Redes de Atenção à Saúde, estratégia prioritária do Ministério da Saúde.

O instrumento, em princípio, teve o propósito de ser subsídio para análise dos Sub-projetos regionais integrantes do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade das Redes de Saúde (Quali-SUS Rede), instituído pela Portaria GM do Ministério da Saúde nº 396 de 04 de março de 2011, uma das iniciativas empregadas para o alcance da integralidade e fortalecimento das redes de saúde, prevendo o desenvolvimento de intervenções sistêmicas estratégicas, centradas em prioridades nacionais, e de apoio à implantação de Redes de Atenção à Saúde e à qualificação de cuidados em saúde.

As oficinas para elaboração do instrumento proposto foram divididas e trabalhadas a partir da análise e aprofundamento teórico de cada um dos 14 atributos considerados essenciais para a organização e caracterização das redes regionais integradas de atenção à saúde.

Após a elaboração do instrumento, foram realizadas oficinas conjuntas com os apoiadores institucionais de articulação de Redes de Atenção à Saúde da SAS/MS e apoiadores locais dos subprojetos QualiSUS, que fizeram o exercício de aplicar o questionário a partir dos contextos dos territórios do projeto, com o intuito de orientar o processo de monitoramento e avaliação dos subprojetos; Proporcionar subsídios para a elaboração de um plano de ação para cada apoiador a partir da análise do processo de implementação de RAS nos territórios, de acordo com seus atributos; e criar linha de base para uma verificação periódica da evolução da implantação da RAS nos territórios de saúde.

Dessa forma, baseando-se nas características dos sistemas integrados de saúde e orientado a partir dos atributos apontados como essenciais para a

constituição das Redes de Atenção à Saúde, foi elaborado um questionário, com intuito de avaliação da presença e extensão dos principais atributos das Redes Integradas de Atenção à Saúde, procurando identificar aspectos de fragmentação no processo de atenção à saúde, assim como a persistência de programas verticais, além da existência de garantias e instrumentos para continuidade do cuidado.

A proposta de avaliação acontece desde uma situação de absoluta fragmentação dos serviços até uma situação de absoluta integração nas Redes de Atenção à Saúde. Apesar das diferenças e adequações, pautado pelo foco na construção dos Sub-projetos QualiSUS Redes, o questionário tem seus resultados classificados de acordo com Mendes (2011), que utiliza como base o resultado de classificação proposto pela Organização Pan-Americana de Saúde.

Para cada questão, a resposta deve corresponder a um valor que varie de 0 a 3, sendo:

- 0 (zero): corresponde à não existência do que está sendo perguntado;
- 1 (um): existe o que está sendo perguntado, mas com um funcionamento incipiente;
- 2 (dois): existe o que está sendo perguntado, com um funcionamento bom, mas insuficiente;
- 3 (três): corresponde à sua existência em operação de forma ótima.

Dessa forma, o instrumento pretende orientar um diagnóstico do estágio em que se encontra a implantação da RAS no território de saúde e apontar fragilidades e distorções para a construção de um plano estratégico de superação das mesmas. As questões foram organizadas de acordo com os 14 atributos essenciais das RAS e devem ser disparadoras para outras reflexões e análises, existindo sempre a possibilidade de inclusão novas questões, dada a diversidade das regiões e das capacidades gerenciais nos territórios sanitários do país.

As respostas devem servir de base para uma pontuação de acordo com os atributos da RAS e os modelos de atenção e de gestão, indicando se o sistema de saúde da região está fragmentado, semi integrado ou se apresenta uma RAS integrada, após a pontuação final, de acordo com o escore proposto:

- 0 a 50: Incapacidade para a operação da RAS – sistema de saúde fragmentado;
- 51 a 100: Capacidade básica para operar a RAS – rede de atenção à saúde incipiente;
- 101 a 150: Capacidade razoavelmente boa para operar a RAS – rede de atenção à saúde avançada;
- 151 a 198: Capacidade ótima para operar a RAS – redes integradas de atenção à saúde.

Assim, o questionário, que pode ser aplicado numa instituição ou numa rede temática específica, observando as particularidades desta, é proposto da seguinte forma:

ATRIBUTO 1 – POPULAÇÃO / TERRITÓRIO	
Questões Norteadoras	Escore
	0 a 3
01. Há uma população claramente definida sob responsabilidade da RAS, de acordo com suas necessidades sócio-sanitárias? ▪ A população de responsabilidade da RAS está toda adscrita a uma unidade de ABS ou a uma ESF? ▪ A população está cadastrada na ABS por unidade familiar? ▪ As unidades familiares estão classificadas por riscos sociais? ▪ A população está subdividida por perfil demográfico? ▪ A população está subdividida por fatores de risco? ▪ A população está subdividida por condições de saúde estabelecidas?	
02. O Modelo de atenção praticado está condizente com as necessidades de saúde da população?	
03. O PDR, na sua estruturação, incorporou os princípios de contigüidade territorial, subsidiaridade econômica e social, economia de escala, relações entre escala e qualidade, identidade cultural, fluxo viários, fluxos assistenciais e acesso?	
TOTAL ATRIBUTO 1	

A Rede de Atenção à Saúde integrada deve ser responsável por uma população e território definidos, contando com amplo conhecimento da população e suas necessidades em saúde, sendo estas as responsáveis pela determinação da oferta de serviços de saúde. A população adscrita deve ser cadastrada e classificada de acordo com suas condições de risco e perfil epidemiológico.

ATRIBUTO 2 – EXTENSA GAMA DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE QUE PRESTA SERVIÇOS DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, GESTÃO DE CASOS, REABILITAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS E INTEGRA OS PROGRAMAS FOCALIZADOS EM DOENÇAS, RISCOS E POPULAÇÕES ESPECÍFICAS, OS SERVIÇOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS E OS COLETIVOS	
Questões Norteadoras	Escore
	0 a 3
04. As ofertas da ABS, atenção secundária e terciária são coerentes com as necessidades da população do território?	
05. No desenho da RAS os pontos de atenção à saúde secundários, terciários e SADT foram identificados nas regiões de saúde de acordo com os critérios de escala e escopo?	
06. O sistema de assistência farmacêutica contempla: ▪ Seleção dos medicamentos feita a partir das linhas de cuidado (com garantia do fomento utilizando-se de algum programa específico, por exemplo, “remédio em casa”)? ▪ Programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS com distribuição racional dos insumos?	
07. O sistema de assistência farmacêutica contempla a atenção farmacêutica na perspectiva da clínica farmacêutica (dispensação, orientações terapêuticas e de saúde e segmento farmacoterapêutico) e dispensação supervisionada (entrega de medicamentos para usuário certo, na dose prescrita e na quantidade adequada)? Dentro da RAS, esta análise pode ser feita observando-se cada município que a compõe, separadamente.	
08. Há um sistema estruturado de exames de imagem, construído com base em escala e qualidade, por exemplo, segunda opinião diagnóstica e laudo remoto?	
09. Há protocolos clínicos pactuados regionalmente que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?	
10. Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização da	

coleta das amostras para as unidades de saúde da RAS, com resultados em tempo oportuno?	
11. Há protocolos clínicos pactuados regionalmente que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados?	
TOTAL ATRIBUTO 2	

A Rede de Atenção à Saúde integrada deve dispor de uma diversidade de pontos de atenção, atuando na promoção, prevenção, diagnóstico e reabilitação, sob a coordenação da Atenção Básica em Saúde. Além disso, é importante que a oferta desses pontos seja planejada de acordo com as necessidades em saúde da população.

ATRIBUTO 3 – ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE ESTRUTURADA COMO PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO E PORTA DE ENTRADA DO SISTEMA, CONSTITUÍDA DE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR QUE COBRE TODA A POPULAÇÃO, INTEGRANDO, COORDENANDO O CUIDADO, E ATENDENDO AS SUAS NECESSIDADES DE SAÚDE	
Questões Norteadoras	Escore
	0 a 3
12. Identifica subpopulações de risco e propõe intervenções de saúde incluindo ações de prevenção?	
13. As ações de promoção da saúde estão voltadas para os determinantes sociais da saúde?	
14. Há iniciativas de organização do processo de trabalho das equipes ABS para sua atuação interdisciplinar (gerente de unidade, PTS, Clínica ampliada, reunião de equipe, genograma, listagem de problemas familiares, etc.)?	
15. As responsabilidades da equipe da ABS são orientadas pelas linhas de cuidado (mulheres e crianças; adolescentes e idosos; hipertensão; diabetes; etc.) de acordo com as condições de saúde?	
16. As relações entre ABS e os demais níveis de atenção da RAS estão claramente definidas? Há interação direta entre as equipes (matriciamento, sessões clínicas para discussão de caso, consultas conjuntas)?	

17. A ABS opera com sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais (SIS Pré Natal Web; SIAB; SAI; Prontuário eletrônico; outros)?	
18. O prontuário clínico utilizado na ABS está estruturado por família?	
19. A ABS está adequadamente organizada para preparar os cuidados às condições agudas e/ou aos eventos de agudização das condições crônicas de sua responsabilidade, de acordo com um sistema de classificação de risco das urgências e emergências e os protocolos clínicos?	
TOTAL ATRIBUTO 3	

A Rede de Atenção à Saúde integrada pressupõe que a coordenação do cuidado aconteça a partir da Atenção Básica em Saúde, sendo esta o centro de comunicação e porta de entrada preferencial do sistema, eficaz quanto aos atributos de resolutividade e responsabilização, além de ser a ordenadora do cuidado, que deve ser garantido de forma integral e equânime.

ATRIBUTO 4 – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM LUGAR ADEQUADO (Acesso aos especialistas desregulado e concentrado no ambiente hospital ou regulado e com predomínio hospitalar ou lugar apropriado e preferencialmente em ambientes extra-hospitalares)	
Questões Norteadoras	Escore
	0 a 3
20. No desenho da RAS há um movimento de substituição hospitalar, tais como: ▪ Há oferta de hospitais dia? ▪ Há oferta de cirurgia ambulatorial? ▪ Há oferta de Internações domiciliares? ▪ Há oferta de leitos de longa permanência? ▪ Há oferta de cuidados paliativos?	
21. Há ambulatórios especializados para os cuidados às urgências e emergências (UPA, AMA, PA, outro)? Operam de forma	

integrada com a ABS?	
22. Há serviços hospitalares de referência de nível terciário para os cuidados aos traumas na atenção às Urgências e emergências?	
23. Há serviços hospitalares de referência de nível secundário e terciário para a atenção às urgências e emergências clínicas, especialmente as cardiovasculares? Operam de forma integrada com a ABS?	
24. Há maternidade de referência de alto risco para os cuidados às gestantes de alto risco? Esta opera de forma integrada com a ABS (mapa de vinculação da gestante)?	
25. Há casa de apoio a gestante, ao bebê e à puérpera articulada com a maternidade de alto risco?	
26. Há serviços hospitalares de referência de atenção terciária que operam de forma integrada com a ABS para os cuidados: ▪ Crianças; ▪ Cânceres, especialmente colo de útero e mama; ▪ Doenças cardiovasculares; ▪ Diabetes; ▪ Doenças renais; ▪ Doenças respiratórias crônicas.	
27. Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e Unidade de internação pediátrica) para os cuidados às mulheres e às crianças? Operam de forma integrada com ABS?	
28. Existe a definição no território de linhas de cuidado prioritárias? Elas estabelecem claramente as relações dos serviços ambulatoriais e hospitalares com a ABS, tais como: ▪ Instrumentos operacionais eficazes de contra referência para a ABS? Quais são? ▪ É feita a modelagem de cada ponto de atenção à saúde ambulatorial ou hospitalar secundário, segundo as linhas de cuidado? ▪ Essa modelagem descreve a carteira de serviços a ser ofertada? ▪ Essa modelagem implica a construção dos protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem	

realizadas?	
▪ Essa modelagem implica a elaboração de uma planilha a ser utilizada na programação do ponto de atenção à saúde?	

29. Há serviços ambulatoriais especializados de nível secundário para os cuidados abaixo relacionados que operam de forma integrada com a ABS.			
CUIDADO	Serviços ambulatoriais		Escore
	Existem	Não existem	0 a 3
Mulheres e crianças?			
Cânceres de mama e de colo de útero?			
Acompanhamento de crianças, adolescentes e pessoas idosas?			
Hipertensão e doenças cardiovasculares?			
Diabetes?			
Transtornos mentais?			
Doenças renais?			
Doenças respiratórias crônicas?			
HIV AIDS?			
Tuberculose?			
Hanseníase?			
Doenças bucais?			
TOTAL ATRIBUTO 4			

A Rede de Atenção à Saúde integrada pressupõe a disponibilização de serviços especializados instalados em locais adequados, preferencialmente ocorrendo em ambientes ambulatoriais, tendo sua oferta também adequada às necessidades em saúde da população. Além disso, a comunicação da atenção especializada deve ocorrer, em especial, através de prontuário eletrônico único, coordenada pela ABS, com decisões clínicas orientadas por linhas de cuidado, reforçadas pelo uso de ferramentas de gestão da clínica.

ATRIBUTO 5 – MECANISMOS DE COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL	
Questões Norteadoras	Escore
	0 a 3

30. Como estão organizadas as ações do sistema de informações clínicas? . Existe prontuário eletrônico? . As informações de saúde são compartilhadas entre os níveis de atenção à saúde (pelas equipes da ABS, atenção especializada e hospitalar)? . Existe prontuário único?	
31. As linhas de cuidados organizam os fluxos e contra fluxos das pessoas (na ABS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio)? Como por exemplo: • Estratificam por riscos as subpopulações? • São orientadas por programação e parâmetros epidemiológicos? • São complementadas por protocolos clínicos para utilização nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?	
TOTAL ATRIBUTO 5	

A Rede de Atenção à Saúde integrada pressupõe a existência de mecanismos sistemáticos e formais de coordenação assistencial (prontuário clínico unificado para todos os níveis assistenciais, protocolos clínicos, linhas de cuidado, sistemas de referência e contra referência efetivos, realização de interconsultas, relatórios de alta hospitalar, sessões clínicas integradas entre níveis assistenciais, rotatividade de pessoal entre diferentes níveis assistenciais, uso de ferramentas da gestão da clínica), que assumem maior importância frente a realidade epidemiológica, onde as doenças crônicas e a multimorbidade (presença de múltiplas doenças ao mesmo tempo em um indivíduo) tem cada vez maior prevalência, exigindo intervenções com origens em diferentes serviços de apoio diagnóstico/terapêutico, além de serviços de reabilitação.

ATRIBUTO 6 - ATENÇÃO À SAÚDE CENTRADA NO INDIVÍDUO, NA FAMÍLIA E NA COMUNIDADE, TENDO EM CONTA AS PARTICULARIDADES CULTURAIS, GÊNERO, ASSIM COMO A DIVERSIDADE DA POPULAÇÃO	
Questões Norteadoras	Escore
	0 a 3

32. Existe prontuário individual articulado com a identificação da família e do território sanitário?	
33. Existem ações de autocuidado orientadas por educação em saúde?	
34. Existem experiências de ações ou atividades de promoção à saúde para grupos específicos (diabestes, hipertensão arterial, obesidade, gestantes, etc)	
TOTAL ATRIBUTO 6	

A Rede de Atenção à Saúde integrada pressupõe que o cuidado seja centrado na pessoa, na família e na comunidade, e não apenas num problema momentâneo de saúde.

ATRIBUTO 7 - 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	
Questões Norteadoras	Escore
	0 a 3
35. Quanto à atuação do Grupo Condutor do QualiSUS Rede: ▪ Tem agenda estratégica construída, com definição de responsáveis para efetivação das metas e atividades estabelecidas no subprojeto? ▪ O subprojeto QualiSUS tem sido objeto de discussão (formulação, monitoramento e avaliação) nas reuniões da CIR, com apoio do Grupo Condutor? ▪ As decisões são tomadas de forma tripartite e por consenso? ▪ O Grupo Condutor tem atuado como apoio técnico à Câmara Técnica das CIRs?	
36. A CIR desenvolve um processo de monitoramento e avaliação da RAS com apoio do Grupo Condutor? Considera a avaliação dos usuários?	
37. Há um processo de contratualização dos pontos de atenção alinhados com os objetivos da RAS (contratos internos) ou	

terceirizados (contratos externos)?	
38. Esse processo de contratualização está alinhado com os objetivos da RAS e contém incentivos para o alcance desses objetivos?	
39. Como se dá o pagamento aos prestadores: 0- Ausência de contrato; 1- Por unidade de serviço ou procedimentos 2- Orçamento global 3- Global per capita ajustada por risco ou não 4- Contratualização mista	
TOTAL ATRIBUTO 7	

A Rede de Atenção à Saúde integrada pressupõe um sistema de governança consolidado e tem relação com a organização do processo decisório e do gerenciamento e com a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada das redes, implicando no compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e apoio, e de um processo contínuo de monitoramento e avaliação das Redes de Atenção à Saúde.

ATRIBUTO 8 - PARTICIPAÇÃO SOCIAL AMPLA	
Questões Norteadoras	Escore
	0 a 3
40. As reuniões dos Conselhos Estadual e Municipais de Saúde tem ocorrido periodicamente?	
41. A RAS está incluída nas pautas das reuniões dos Conselhos de Saúde?	
42. O subprojeto QSR foi submetida à aprovação deste conselho?	
43. As CIRs incluem a participação social nas discussões e decisões?	
44. Existe alguma instancia de co-gestão com inclusão do usuário nas unidades de saúde?	
TOTAL ATRIBUTO 8	

A Rede de Atenção à Saúde integrada pressupõe a consolidação do processo de participação da comunidade, diretriz esta assegurada pela legislação do SUS e fundamental tanto para o processo de gestão compartilhada, proposta

na instituição das próprias Redes, quanto para o processo de conhecimento das necessidades em saúde, compondo também a comunicação essencial para o funcionamento da RAS.

ATRIBUTO 9 - GESTÃO INTEGRADA DOS SISTEMAS DE APOIO ADMINISTRATIVO, CLÍNICO E LOGÍSTICO	
Questões Norteadoras	Escore
	0 a 3
45. Há algum registro eletrônico único na assistência a saúde que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede?	
46. Existe algum mecanismo da equipe da ABS para agendamento direto das intervenções eletivas (consultas, exames e cirurgias) na atenção especializada ambulatorial e hospitalar?	
47. Como está organizado o sistema de regulação no território: ▪ Há médico regulador permanente? ▪ Existem relatórios gerenciais que permitem a identificação das pactuações realizadas? ▪ Opera com protocolo ou algum critério para priorização dos encaminhamentos? ▪ Os protocolos serão construídos coletivamente com as equipes que o utilizam e amplamente divulgados? ▪ A Central de regulação de urgência funciona de forma integrada com o SAMU? ▪ Existem centrais de regulação nos municípios? ▪ Existe complexo regulador regional? ▪ Há regulação ambulatorial e exames? ▪ Há regulação de internação?	
48. Há um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real (usuários; exames; resíduos)?	
TOTAL ATRIBUTO 9	

A Rede de Atenção à Saúde integrada pressupõe a existência de sistemas de apoio, lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio

diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros) e pelo sistema de assistência farmacêutica.

ATRIBUTO 10 - RECURSOS HUMANOS SUFICIENTES, COMPETENTES, COMPROMETIDOS E COM INCENTIVOS PELO ALCANCE DE METAS DA REDE	
Questões Norteadoras	Escore
	0 a 3
49. Identifique todas as formas de contratação e qual delas representa a maioria do vínculo formal de trabalho ▪ Terceirização ▪ Cooperativa ▪ CLT ▪ Concurso ▪ Fundação ▪ Consórcio ▪ Organização Social de Saúde ▪ Outro	
50. Há algum estudo para análise da suficiência de profissionais em relação às necessidades de assistência à população?	
51. Existe algum plano de carreiras, cargos e salários?	
52. Identifica ações de educação permanente em saúde para trabalhadores da saúde e gestores voltadas para a estruturação de Redes?	
53. Há algum mecanismo de avaliação de desempenho dos profissionais com incentivos relacionados a alcance de metas ou produção?	
TOTAL ATRIBUTO 10	

Para a constituição de uma Rede de Atenção à Saúde integrada são necessários recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com o sistema.

ATRIBUTO 11- SISTEMA DE INFORMAÇÃO INTEGRADO QUE VINCULA TODOS OS MEMBROS DA REDE, COM IDENTIFICAÇÃO DE DADOS POR SEXO, IDADE, LUGAR DE RESIDÊNCIA, ORIGEM ÉTNICA E OUTRAS VARIÁVEIS PERTINENTES	
Questões Norteadoras	Escore
	0 a 3
54. Implantado Cartão SUS ou outro sistema identificação do	

usuário?	
55. O sistema de informação identifica risco individual e/ou familiar?	
TOTAL ATRIBUTO 11	

São essenciais os sistemas de informação em saúde integrados vinculando todos os serviços de saúde da rede. Devem prover uma grande variedade de dados para atender a todas necessidades de informação dos diferentes profissionais e serviços da rede, sendo seus dados alinhados ao tipo de cuidado buscado, contando com informações do indivíduo, de sua família e comunidade. A vinculação de todos os serviços de saúde, de apoio, de saúde pública e a gestão, se constitui no principal mecanismo de coordenação assistencial.

ATRIBUTO 12. FINANCIAMENTO TRIPARTITE, GARANTIDO E SUFICIENTE, ALINHADO COM AS METAS DA REDE	
Questões Norteadoras	Escore
	0 a 3
56. Há coerência entre os recursos financeiros propostos no subprojeto QSR com a organização da RAS na região?	
57. Na construção da RAS as pactuações de financiamento consideram as responsabilidades dos três entes federados?	
58. Existe alguma discussão proposta/experiência de financiamento para a RAS?	
59. Existe experiência de co-financiamento estadual para estruturação das redes ?	
TOTAL ATRIBUTO 12	

A constituição de uma Rede de Atenção à Saúde integrada está condicionada aos esforços necessários para garantir o financiamento sustentável dos sistemas de saúde, necessário também para a readequação da ABS e para as respostas às necessidades de saúde da população.

ATRIBUTO 13. AÇÃO INTERSETORIAL E ABORDAGEM DOS DETERMINANTES DA SAÚDE E DA EQUIDADE EM SAÚDE	
Questões Norteadoras	Escore
	0 a 3

60. Além do setor saúde no desenho da RAS prevê a inclusão de outras organizações governamentais ou não-governamentais?	
61. Existem projetos intersetoriais pactuados que consideram os determinantes e equidade em saúde e que estão em consonância com os objetivos e metas da RAS?	
62. A assistência ofertada pela saúde suplementar é considerada na organização da RAS?	
TOTAL ATRIBUTO 13	

A Rede de Atenção à Saúde integrada deve facilitar as contribuições coordenadas e integradas de todos os setores, tanto nos níveis públicos quanto privados, envolvidos nos determinantes da saúde, buscando a divisão da responsabilidade territorial e populacional.

ATRIBUTO 14. GESTÃO BASEADA EM RESULTADOS	
Questões Norteadoras	Escore
	0 a 3
63. Está previsto o processo de monitoramento e avaliação da RAS considerando a satisfação do usuário?	
64. Existe processo de avaliação comparativa entre unidades com o mesmo perfil assistencial entre sistemas?	
65. Qual o percentual de adesão ao PMAQ? (3>50%; 2<50%; 1<25%; 0<10%)	
66. Quantos serviços na avaliação externa do PMAQ foram qualificados para recebimento do custeio adicional?	
TOTAL ATRIBUTO 14	

A Rede de Atenção à Saúde integrada deve se apoiar sobre o processo de gestão baseada em resultados em seus componentes de planejamento, programação, controle e avaliação de projetos, além do desenvolvimento do trabalho intersetorial e dos processos de integração regional.

5 RESULTADOS

A aplicação do questionário foi realizada nas diversas regiões do país contempladas com a execução dos sub projetos QualiSUS Redes. Em função da diversidade política e técnica presente nessas regiões, sua aplicação ocorreu em formas de organização diferenciadas. Contudo, apesar dos diferentes aspectos organizacionais em sua aplicação, os resultados obtidos mostraram-se importantes subsídios para o planejamento da organização e consolidação das Redes de Atenção à Saúde.

No presente estudo trazemos os resultados obtidos a partir da aplicação do questionário na região de saúde do ABC no estado de São Paulo, região esta composta pelos municípios de São Bernardo do Campo, Santo André, São Caetano do Sul, Diadema, Rio Grande da Serra, Mauá e Ribeirão Pires. Os técnicos e gestores desses municípios, que também compõem os Grupos Condutores responsáveis pela elaboração e execução dos planos de ação das Redes de Atenção à Saúde, foram o público alvo para a aplicação do questionário.

Os escores obtidos com as questões norteadoras foram os seguintes:

ATRIBUTO 1 – POPULAÇÃO E TERRITÓRIO	
QUESTÃO NORTEADORA	ESCORE
1	2
2	2
3	3
TOTAL	7

Na análise de resultados referentes a esse atributo, constatou-se a delimitação de uma população bastante definida na região e identificada pelas equipes gestoras, além de grande heterogeneidade na utilização de classificação da mesma por risco, social ou biológico. Também ficou clara a baixa utilização de planejamento estratégico integrado.

ATRIBUTO 2 – EXTENSA GAMA DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE QUE PRESTA SERVIÇOS DE PROMOÇÃO, PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, GESTÃO DE CASOS, REABILITAÇÃO E CUIDADOS PALIATIVOS E INTEGRA OS PROGRAMAS FOCALIZADOS EM DOENÇAS, RISCOS E POPULAÇÕES ESPECÍFICAS, OS SERVIÇOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS E OS COLETIVOS	
QUESTÃO NORTEADORA	ESCORE
4	2
5	2
6	2
7	2
8	2
9	0
10	2
11	0
TOTAL	12

A região do ABC mostrou-se com uma das mais completas do estado de São Paulo no que se refere a este atributo, havendo vários movimentos de pactuação de protocolos regionais, além da identificação de necessidades de saúde com a realização de esforços para alocação de novos serviços a partir dessa análise. Quanto ao sistema de assistência farmacêutica, observando-se cada município separadamente, notou-se avanços consideráveis, apesar de municípios com diversas inadequações na área. Não houve registro de discussões regionalizadas sobre os temas presentes no atributo.

ATRIBUTO 3 – ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE ESTRUTURADA COMO PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO E PORTA DE ENTRADA DO SISTEMA, CONSTITUÍDA DE EQUIPE MULTIDISCIPLINAR QUE COBRE TODA A POPULAÇÃO, INTEGRANDO, COORDENANDO O CUIDADO, E ATENDENDO AS SUAS NECESSIDADES DE SAÚDE	
QUESTÃO NORTEADORA	ESCORE
12	2

13	2
14	3
15	2
16	2
17	2
18	1
19	2
TOTAL	16

A Atenção Básica em Saúde aparece como ponto importante no subprojeto QualiSUS Redes e na discussão das políticas de saúde da região. O grupo condutor identificou como problema a diferença de modelos e formas de estruturar a ABS na região a partir do questionário, resultando na proposição de uma atuação importante destinando recursos para esse fim. Mostrou diversidade entre os sete municípios e empenho comum para que haja maior identidade respeitando a Política Nacional de Atenção Básica.

ATRIBUTO 4 – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM LUGAR ADEQUADO	
QUESTÃO NORTEADORA	ESCORE
20	2
21	2
22	2
23	2
24	2
25	1
26	1
27	2
28	1
29	2
TOTAL	17

A análise mostrou equipes gestoras muito preocupadas e comprometidas com esse atributo. O desenho da Rede de Atenção às Urgências e Emergências aprovado na região apresentou-se com um plano bem estruturado. Além disso, parte da região mostrou a atenção especializada integrada com a ABS. Ficou clara a necessidade de apoio e compartilhamento de experiências para que haja essa integração nos municípios menores.

ATRIBUTO 5 – MECANISMOS DE COORDENAÇÃO ASSISTENCIAL	
QUESTÃO NORTEADORA	ESCORE
30	1
31	1
TOTAL	2

A análise mostrou grande empenho de alguns municípios para que haja mais protocolos pactuados regionalmente e diversidade na estratificação por riscos, com queixas ao Ministério da Saúde em não assumir estratégias que facilitariam a coordenação.

ATRIBUTO 6 – ATENÇÃO À SAÚDE CENTRADA NO INDIVÍDUO, NA FAMÍLIA E NA COMUNIDADE, TENDO EM CONTA AS PARTICULARIDADES CULTURAIS, GÊNERO, ASSIM COMO A DIVERSIDADE DA POPULAÇÃO	
QUESTÃO NORTEADORA	ESCORE
32	2
33	3
34	3
TOTAL	8

Todos os municípios trouxeram experiências em diferentes graus de consolidação nesse atributo. As trocas mostraram-se ainda incipientes.

ATRIBUTO 7 – 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

QUESTÃO NORTEADORA	ESCORE
35	3
36	2
37	1
38	1
39	2
TOTAL	9

A organização do Grupo Condutor, sua vinculação e legitimação pela Comissão Intergestores Regional, assim como o funcionamento da própria CIR e a contratualização de prestadores mostraram-se bastante satisfatórios. Há diversidade na participação e protagonismo dos secretários(as) e técnicos dos municípios sendo essa diversidade de difícil intervenção da gestão local. Foi identificado um importante campo para atuação integrada entre Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde.

ATRIBUTO 8 – PARTICIPAÇÃO SOCIAL AMPLA

QUESTÃO NORTEADORA	ESCORE
40	3
41	3
42	0
43	0
44	2
TOTAL	8

Formalmente a região mostrou-se satisfatória nesse atributo, porém há poucas avaliações qualitativas da participação e dificuldade e falta de experiências relatadas, de inclusão da participação social na CIR e em instâncias regionais.

ATRIBUTO 9 – GESTÃO INTEGRADA DOS SISTEMAS DE APOIO ADMINISTRATIVO, CLÍNICO E LOGÍSTICO	
QUESTÃO NORTEADORA	ESCORE
45	0
46	1
47	1
48	1
TOTAL	3

Neste atributo, a avaliação explicitou um ponto em que a região tem avançado muito. Há um Câmara Técnica Regional de Regulação com participação da SES e dos sete municípios e bastante reconhecimento e legitimidade. Reúnem-se muito frequentemente com discussões participativas sobre distribuição de vagas mais equânime, pactuação de protocolos regionais e possibilidade de matriciamento por parte dos municípios mais estruturados. Um dos pontos ainda pouco trabalhados é o transporte sanitário regional.

ATRIBUTO 10 – RECURSOS HUMANOS SUFICIENTES, COMPETENTES, COMPROMETIDOS E COM INCENTIVOS PELO ALCANCE DE METAS DA REDE	
QUESTÃO NORTEADORA	ESCORE
49	2
50	0
51	1
52	2
53	1
TOTAL	6

Ponto escolhido como estratégico pelo grupo condutor, verificou-se a existência de muitas formas de vínculo, diferentes estágios de estruturação na região, pouca troca e propostas mais solidárias. Foi proposta a montagem de grupo de trabalho específico para o tema. Um atributo não tratado pelos secretários(as), como passível de atuação regional.

ATRIBUTO 11 – SISTEMA DE INFORMAÇÃO INTEGRADO QUE VINCULA TODOS OS MEMBROS DA REDE, COM IDENTIFICAÇÃO DE DADOS POR SEXO, IDADE, LUGAR DE RESIDÊNCIA, ORIGEM ÉTNICA E OUTRAS VARIÁVEIS PERTINENTES	
QUESTÃO NORTEADORA	ESCORE
54	2
55	0
TOTAL	2

O cartão SUS não foi implantado e observou-se diversidade de identificação entre os municípios. Foi apontada com grande falha de atuação do Ministério da Saúde, segundo os técnicos e gestores da região.

ATRIBUTO 12 – FINANCIAMENTO TRIPARTITE, GARANTIDO E SUFICIENTE, ALINHADO COM AS METAS DA REDE	
QUESTÃO NORTEADORA	ESCORE
56	3
57	2
58	2
59	1
TOTAL	8

Os municípios apresentaram gastos nesse atributo acima da legislação, por isso também mostraram-se atuantes na busca de recursos. Há vários serviços de gestão estadual e o financiamento das redes temáticas mostrou-se importante nessa região.

ATRIBUTO 13 – AÇÃO INTERSETORIAL E ABORDAGEM DOS DETERMINANTES DA SAÚDE E DA EQUIDADE EM SAÚDE	
QUESTÃO NORTEADORA	ESCORE
60	0
61	2
62	1
TOTAL	3

Várias experiências de intersectorialidade foram identificadas. O Consórcio intermunicipal composto pelos municípios da região é forte em atuações integradas em diversas áreas, como Mortes e Morbidade no Trânsito e Enfrentamento da Violência, dentre outras. Também evidenciou-se pouca ênfase para a participação do setor privado na região. Alto índice de pessoas vinculadas a esse setor e há municípios com mais de 50% da população com planos de saúde. Ficou clara a necessidade da região em incorporar essa dimensão ao seu planejamento.

ATRIBUTO 14 – GESTÃO BASEADA EM RESULTADO	
QUESTÃO NORTEADORA	ESCORE
63	2
64	0
65	3
66	3
TOTAL	8

Não foram identificados processos de monitoramento e avaliação das RAS, considerando a satisfação do usuário e nem processos de avaliação comparativa entre unidades com o mesmo perfil assistencial (a não ser intra municipais). O índice de adesão ao PMAQ é desigual entre os municípios. Na região, a adesão ficou entre 25 e 40%.

Ao final, na somatória de escores referentes a todos os atributos, a região do ABC atingiu 149 pontos, o que a caracterizou com *Capacidade razoavelmente boa para operar a RAS – rede de atenção à saúde avançada*.

6 DISCUSSÃO

O atual sistema público de saúde brasileiro, corporificado no Sistema Único de Saúde – SUS – é resultado de um processo histórico de debates, construções e lutas da sociedade, especialmente marcado pelo Movimento de Reforma Sanitária, iniciado nos anos 60 e intensificado nas décadas de 70 e 80.

É inegável a evolução e a qualificação da prestação dos serviços públicos de saúde no Brasil nessas últimas décadas. Contudo, ainda são inúmeros os desafios a serem superados em busca de um sistema de saúde eficaz, que garanta a manutenção dos princípios constitucionais. A luta pela consolidação e implementação do SUS continua, com o desafio de torná-lo uma política pública de estado que garanta a universalidade no atendimento à saúde, trazendo ao cidadão a saúde como direito e ao estado o dever de executá-la de maneira integral e equânime.

A partir de 1988, com a implantação do SUS no Brasil, a saúde passou a ser um direito de todos e dever do estado. Mas, o que significa direito à Saúde? Numa visão simplista podemos dizer que a Saúde não pode ser colocada no mesmo plano de quaisquer outras formas de direito, uma vez que é uma condição de sobrevivência e manutenção da espécie. A sociedade e o Estado têm, portanto, a obrigação de assegurar o direito à Saúde de todos.

Contudo, é importante não confundir direito à Saúde com direito à assistência à Saúde. Conceitualmente, a saúde, com o SUS, passou a ser resultante das condições de vida biológica, social e cultural e, particularmente, das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza, através do trabalho. A saúde, portanto, deve ser mantida através de mecanismos que incrementem a qualidade da vida, e não somente através da assistência à saúde. Isso exige uma articulação de todos os setores sociais e econômicos e, desta forma, o direito à saúde não seria o único pressuposto que nortearia as políticas setoriais de saúde, mas sim um elo integrador que teria de permear todas as políticas sociais do estado e balizar a elaboração e a implementação das políticas econômicas. Isto significa uma ação articulada com todo o conjunto de políticas

sociais mais amplas como as relativas ao emprego, moradia, saneamento, alimentação, educação, lazer, etc.

Este raciocínio, todavia, não visa diminuir a importância das políticas de assistência à saúde. Os serviços de saúde têm grande responsabilidade na manutenção da saúde dos cidadãos e a defesa de um serviço universal que seja equânime, integral e resolutivo deve fazer parte da defesa pela democracia e pela vida.

A Constituição Federal – CF – de 1988 no capítulo VIII *da Ordem social* e na secção II referente à Saúde define no artigo 196 que: *“A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.

O artigo 198 da CF traz ainda: *“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;*
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
- III. Participação da comunidade*

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS está baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania.

O SUS surge então como uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, estabelecido pela CF de 1988 e posteriormente regulamentado pela Lei 8080 em 19 de setembro de 1990. A Constituição de 1988 criou o SUS e incorporou conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da Saúde no Brasil, descritos em cinco artigos (art. 196 a art. 200).

No texto destaca-se o princípio da *integralidade*, quando as práticas dos serviços de saúde passam a não mais ser compreendidas dentro de uma lógica de dicotomia entre ações preventivas e curativas. Considerando o ser humano como um ser integral, o SUS assume o compromisso de atendê-lo em caráter integral, com ações conjuntas de promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Dessa forma, o cuidado ao cidadão passa a ser focado em sua saúde e não na perspectiva exclusiva da instalação de doenças.

Diante dessas premissas, o SUS surge com a proposta de que os serviços de saúde sejam dispostos e organizados regionalmente, em uma área geográfica delimitada, com uma população definida e as unidades de serviços de saúde organizadas em níveis de complexidade crescente, sendo que a porta de entrada preferencial da população para a rede deve se dar através das unidades de nível primário de atenção, unidades estas caracterizadas pela qualificação para atender e resolver os principais problemas de saúde da população, garantindo a continuidade do cuidado em todos os níveis de atenção.

Diante desse contexto, nos deparamos com uma fragmentação que remete à implantação do SUS, relacionada com a própria constituição do sistema, expressa pelo financiamento público insuficiente, dentre outras questões relacionadas ao processo de descentralização, à estruturação e gestão do trabalho em saúde, às relações interfederativas e aos pactos decorrentes destas e ao excesso de normatizações infraconstitucionais.

Nesse sentido, a proposta de organização das Redes de Atenção à Saúde – RAS – busca a superação dessa fragmentação histórica, qualificando a utilização dos finitos e escassos recursos financeiros, através de critérios de eficiência econômica e de economia de escala e ainda, por serem uma forma organizativa que permite maior monitoramento e avaliação, enfrentando melhor as graves questões relacionadas ao desperdício e à malversação de recursos públicos.

Do ponto de vista da assistência, que é mais perceptível para os usuários do sistema, a organização do sistema em Redes de Atenção à Saúde significa, na prática, a busca pela garantia da integralidade e da continuidade do cuidado. Esta

possibilidade concretiza-se quando se promove a integração horizontal (serviços de mesma densidade tecnológica) e vertical (serviços de diferentes densidades tecnológicas) dos serviços de saúde e quando o sistema assume a responsabilidade pelo caminhar do usuário pela Rede, diminuindo sua desorientação, responsabilização esta promovida especialmente pela organização dos processos regulatórios, fundamentais na garantia da equidade.

A organização em redes foi concebida como uma resposta à questão de como garantir acesso com equidade a toda uma população. Por questões de eficiência/escala e qualidade, há necessidade de se concentrar serviços e adotar mecanismos de referência. Para garantia de acesso ao cuidado integral, a regionalização deve ser baseada em territórios de grande porte populacional, com autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões. O conjunto deve estar sob um único comando e operar de forma coordenada através de mecanismos de referência entre níveis (e/ou territórios), alimentados por sistemas de informação e de transportes.

As recomendações do Relatório Dawson, considerado um marco para a organização dos sistemas de saúde e referência até os dias atuais, evidenciaram uma opção mais coletiva objetivando a saúde da população como um todo, organizando os serviços de saúde em função das necessidades da comunidade, promovendo a integração da medicina preventiva e curativa, a integralidade da atenção, com ênfase no trabalho conjunto e integrado em detrimento das ações individuais, além da adequação da oferta do conhecimento médico à população, com a conseqüente valorização do médico generalista na organização dos serviços. Evidenciaram também a proposta da territorialização e a indicação da Atenção Básica em Saúde como a porta de entrada preferencial do sistema, ficando a atenção secundária prestada em unidade ambulatorial e a atenção terciária nos hospitais.

Cabe ressaltar que o que difere a ABS dos demais níveis é o fato de que os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se de tecnologias de maior densidade *tecnológica*, mas não de maiores complexidades. Tal visão distorcida

de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, gestores, profissionais de saúde e usuários a uma supervalorização das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde (daí também a centralidade nos hospitais e centros de diagnose nos modelos de atenção atuais) em detrimento à ABS, que é de fato a detentora de maior grau de complexidade do cuidado no sistema.

Considerando a ABS como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes, torna-se evidente seu papel como centro de comunicação, devendo ser capaz de ordenar os fluxos e contra fluxos dos usuários, dos produtos e das informações, destacando nesse sentido a importância da *Regulação em Saúde* como eixo estruturante para a conformação das Redes de Atenção em Saúde.

Nesse contexto, a Regulação em Saúde aparece como importante ferramenta de gestão, fortemente norteadada pelos princípios da integralidade, da equidade e da justiça social.

É muito pouco provável que se alcance a equidade através das leis do mercado porque este reforçará o padrão existente de distribuição, que é normalmente definido pelo nascimento, pela renda e pela educação. Além disso, tenderá a alocar os serviços conforme a capacidade de pagamento, prejudicando especialmente os mais desfavorecidos e doentes nas regiões mais remotas do país.

Em geral, a Regulação é composta por um conjunto de ações-meio que dirigem, ajustam, facilitam ou limitam determinados processos. Enquanto ação social é um conjunto de ações mediatas (intermediadas) de sujeitos sociais sobre outros sujeitos sociais, não sendo ato exclusivo do estado. Sua finalidade não deverá ser a exclusão, e sim estar sempre voltada à inclusão do usuário, que jamais deverá ser reduzido a um simples pedaço de papel ou guia de encaminhamento.

O conceito de regulação mais disseminado no SUS está afeito à regulação do acesso dos usuários aos serviços de saúde. Uma concepção um tanto restrita de regulação, induzindo seu papel exclusivamente à iniciativa de controle do acesso do usuário e de adequação à oferta.

Em seu conceito mais ampliado, Regulação pode ser definida como um processo técnico, científico e político de intervenção no sistema de saúde e de coordenação da integração dos sistemas de saúde estaduais e municipais, com vistas a adequar a relação entre a oferta e a demanda das ações e serviços de saúde e obter resultados superiores, do ponto de vista social, para viabilizar o acesso de forma equânime, integral e qualificado aos serviços e ações de saúde.

Os governos têm uma importante e intransferível função de regular o setor saúde em seus vários aspectos de gestão, prestação da assistência, financiamento e administração. Comumente, seus objetivos são limitar custos, evitar excesso de oferta e prevenir ou monitorar a má prática. Estabelecer padrões mínimos para habilitação profissional, para o funcionamento de serviços e da atenção à saúde são ações normalmente exercidas, porém o problema mais comum é a sua implantação e manutenção. Muitos dos recursos (humanos e materiais) dispendidos são voltados para a correção de problemas do sistema de saúde. Portanto, o grande desafio dos gestores é, além de introduzir mecanismos de regulação, protocolos e padrões de assistência, monitorar o seu desempenho. Outro fator preponderante é a informação para o usuário, que pode atuar, desde que bem informado, como um agente regulador.

Cabe especialmente aos municípios o desafio de assumir a gestão do sistema, avançando na sua integração real, assumindo o planejamento das ações, estabelecendo a adequação da oferta de serviços de acordo com as necessidades identificadas. A regulação, ao garantir o acesso dos cidadãos aos serviços, atua também sobre a oferta dos mesmos, subsidiando o controle sobre os prestadores de serviços, seja para dilatar ou para remanejar a oferta programada para que seja cumprida a sua função. Promove, assim, a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta assistencial disponível às necessidades imediatas do cidadão, de forma equânime e ordenada.

Nas RAS de base territorial, a Regulação em Saúde deve estar organizada em módulos integrados por territórios locais, microrregionais, macrorregionais, estaduais e, em algumas redes, interestaduais.

Enquanto centro de comunicação da RAS, a Atenção Básica em Saúde, em especial, tem o papel e a responsabilidade de regular os acessos dos usuários entre os níveis de atenção, articulada com Centrais de agendamento e de Regulação, compreendendo aqui a Regulação em Saúde em seu sentido mais amplo, que inclui a responsabilização pelo cuidado integral e contínuo dos usuários sob sua vinculação.

Quanto aos processos de avaliação e monitoramento, historicamente a qualidade da assistência à saúde tem sido determinada por meio do julgamento individual dos profissionais envolvidos. No entanto, as pressões da sociedade, os altos custos da assistência, bem como a necessidade de promover a equidade de acesso aos recursos, estão direcionando os esforços das instituições públicas no sentido de buscar evidências objetivas de que os serviços de saúde estão sendo providos, de maneira eficiente, enquanto mantém e melhoram a qualidade do cuidado ao usuário (Brasil, 2007).

A avaliação é, em especial, parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos. A abordagem para a avaliação desta qualidade deve ser ampla, abrangendo diferentes aspectos e visões:

- Avaliação da estrutura: existência de recursos físicos, humanos e organizacionais adequados;
- Avaliação dos processos de trabalho nas áreas de gestão, serviços de apoio e serviços assistenciais: organização e documentação, protocolos, normas e rotinas;
- Avaliação dos resultados: o impacto da assistência prestada na situação de saúde, conhecimento e comportamento do usuário. Na dimensão epidemiológica, esta avaliação é feita por meio de indicadores específicos, tais como taxa de mortalidade e de infecção, média de permanência etc.;

- Avaliação da satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido e dos provedores destes serviços em relação aos seus ambientes de trabalho.

Estas diferentes abordagens estão relacionadas entre si e devem ser analisadas em conjunto. Em um país de dimensões continentais como o Brasil, a avaliação sistemática da qualidade dos serviços de saúde disponíveis para a população atendida pelo SUS, abrangendo os diferentes critérios propostos, representa um desafio de grandes proporções (Brasil, 2007).

Segundo Mendes (2011), o monitoramento é, muitas vezes, denominado de controle e se aproxima do conceito de avaliação normativa. O monitoramento pode ser definido no trabalho de acompanhamento dos objetivos quantitativos e qualitativos predefinidos em termos de estrutura, processos e resultados com vistas ao aprimoramento da eficiência, da efetividade e da qualidade dos serviços.

Contudo, o autor destaca que o monitoramento é diferente da avaliação. Esta consiste em fazer um julgamento de intervenções usando o método científico, buscando analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de intervenções, bem como estabelecer as inter-relações entre as intervenções e os contextos em que se localizam, para propiciar decisões mais racionais.

Para Fleury e Ouverney (2007), ao contrário do papel nas organizações burocráticas, nas RAS o controle ou monitoramento não apresenta um papel exclusivamente fiscalizatório. O objetivo central do monitoramento nessas organizações poliárquicas é criar complementaridades entre os atores, articulando as bases de suporte decisório para desenvolver atividades sinérgicas, e deslocando o eixo do controle dos processos para o controle dos objetivos e das metas, construídos coletivamente, e explicitados no planejamento estratégico.

Segundo Mendes (2011), ainda que considerados separadamente, o monitoramento e a avaliação, constituem o círculo da formulação de políticas: definição do problema, diagnóstico, desenvolvimento de políticas, decisão política, implementação e monitoramento e avaliação. O processo de monitoramento e

avaliação implica o julgamento de valor sobre uma intervenção para racionalizar o processo decisório, intervenção esta constituída pelos recursos humanos, físicos, financeiros e simbólicos estruturados para produzir bens ou serviços que possam modificar uma determinada situação-problema.

Assim, considerando nesse estudo os sistemas fragmentados de atenção à saúde como a situação-problema, encontramos o desafio da organização das Redes de Atenção à Saúde e, por consequência, a necessidade de instrumentos de avaliação que possam subsidiar e qualificar a implantação das mesmas. Desafio este colocado para a gestão do Sistema Único de Saúde em todas as dimensões do cuidado e em todos os níveis de gestão federativos.

7 CONCLUSÃO

Para além da crescente sofisticação na produção de instrumentos de avaliação dos programas, projetos e mesmo das políticas públicas, é fundamental se referir às chamadas "questões de fundo", as quais informam, basicamente, as decisões tomadas, as escolhas feitas, os caminhos de implementação traçados e os modelos de avaliação aplicados, em relação a uma estratégia de intervenção governamental qualquer.

Na análise e avaliação de políticas implantadas por um governo, fatores de diferentes natureza e determinação são importantes. Especialmente quando se focalizam as políticas sociais (usualmente entendidas como as de educação, saúde, previdência, habitação, saneamento, etc.) os fatores envolvidos para a aferição de seu "sucesso" ou "fracasso" são complexos, variados, e exigem grande esforço de análise.

Desse modo, a construção de uma proposta de instrumento de análise e avaliação, fruto de uma revisão de literatura, reconhecendo e ressignificando conceitos das Redes de Atenção à Saúde no SUS, de avaliação de sistemas de saúde e da legislação do SUS no Brasil, soma-se a outras iniciativas de esforço para a readequação dos modelos de atenção à saúde que possibilitem a valorização dos trabalhadores e o acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde de modo equânime, garantindo a continuidade do cuidado integral em todas as suas dimensões.

Cabe ressaltar que, apesar da possibilidade de se constituir como um instrumento útil e orientador na conformação das RAS, os resultados obtidos com o questionário proposto podem dar margem a diversas interpretações, que necessariamente deverão ser acrescidas de outras análises quanti e qualitativas, como aquelas advindas dos contextos políticos e aspectos sócio econômicos e culturais. Assim, a avaliação compreendida aqui, esperada pelo instrumento proposto, não tem o aprofundamento necessário de uma avaliação do funcionamento e eficácia da RAS implantada, mas sim uma avaliação no sentido

de buscar a identificação de critérios e condições necessárias que indiquem o grau de implantação da mesma.

De qualquer modo, a aplicação do instrumento proposto, usando-se o caso da região do ABC no estado de São Paulo, mostrou que a região de saúde trabalha com uma população definida, com grande heterogeneidade na utilização de classificação da mesma por risco social ou biológico. A organização dos fluxos está presente existindo vários movimentos de pactuação de protocolos regionais, além da identificação de necessidades de saúde com a realização de esforços para alocação de novos serviços a partir dessa análise.

A Atenção Básica em Saúde apareceu como ponto importante na discussão das políticas de saúde da região. A análise também mostrou equipes gestoras muito preocupadas e comprometidas com o tema da atenção especializada, atenção esta com graus variáveis de integração com a ABS nos municípios. Além disso, a ABS foi eleita como ponto estratégico pelo grupo condutor, verificando-se a existência de muitas formas de vínculo, apesar dos diferentes estágios de estruturação na região, da pouca troca e propostas mais solidárias.

A organização do Grupo Condutor, sua vinculação e legitimação pela Comissão Intergestores Regional, assim como o funcionamento da própria CIR e a contratualização de prestadores mostraram-se bastante satisfatórios, sendo a inclusão da participação social na CIR e em instâncias regionais ainda insipiente e tímida.

A regulação apareceu como um ponto em que a região avançou com participação da SES e dos sete municípios e bastante reconhecimento e legitimidade. Foram também identificadas várias experiências de intersetorialidade, sendo o Consórcio intermunicipal composto pelos municípios da região um dos exemplos de significativas atuações integradas em diversas áreas.

Por fim, não foram identificados processos de monitoramento e avaliação das RAS, considerando a satisfação do usuário e nem processos de avaliação comparativa entre unidades com o mesmo perfil assistencial. Entretanto, acima de tudo, a análise da aplicação do questionário indicou caminhos e ações necessárias para a reorganização dos modelos de gestão e de atenção no

sistema público de saúde, contribuindo para a elaboração do necessário planejamento estratégico integrado, além de estimular a cultura avaliativa dos gestores e trabalhadores do SUS, produzindo conhecimentos, disseminando a organização das Redes de Atenção à Saúde e identificando oportunidades para as melhorias necessárias em busca de um sistema público de saúde de qualidade, que tenha como imagem central a garantia da continuidade do cuidado e a valorização da vida.

REFERÊNCIAS*

Abouzahr C e Boerma T. Health information systems: the foundations of public health. Bulletin of the World Health Organization, 83: 578-583, 2005.

Almeida AB e Acioli GG. Gestão em rede e apoio institucional: caminhos na tessitura de redes em saúde mental no cenário regional do Sistema Único de Saúde (SUS). Interface Comunicação Saúde Educação. Botucatu, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Cartão Nacional de Saúde. [acesso 2014 Abr 24] Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-inisterio/principal/secretarias/sgep/cartao-nacional-de-saude>

Brasil. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES – instituído pela Portaria SAS/MS 376, de 03 de outubro de 2000. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?home=1> Para o levantamento, foram considerados os tipos de estabelecimentos: Hospital Geral, Hospital Especializado, Pronto Socorro Geral, Pronto Socorro Especializado e Unidade Mista e excluídos os estabelecimentos que não apresentaram nº de leitos. Competência: Julho/2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM 95 de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, Diário Oficial da União, nº 39, seção 1, 23. Brasília, fev. 2006.

* De acordo com as normas da UNICAMP/FOP, baseadas na padronização do International Committee of Medical Journal Editors. Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 1.559 de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, ago. 2008a.

Brasil. Ministério da Saúde. Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para implementação. Versão para debate. Brasil, Mimeo, p. 54. Brasília, nov. 2008b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde – DARAS. Redes regionalizadas de Atenção à Saúde: contexto, premissas diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação. Versão para debate. Brasília, nov. 2008c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Mais gestão é mais Saúde: governança para resultados no Ministério da Saúde. Série B. Textos básicos de Saúde, 234 p. ISBN 978-85-334-1636-9. Brasília, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 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, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia

Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Curso de autoaprendizado *Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde*. MS, OPAS, UNB. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS/MS. 160p. ISBN 978-85-334-2115-8. Brasília, 2014.

Caleman G, Moreira ML, Sanches MC. Auditoria, controle e programação de serviços de saúde. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Série Saúde & Cidadania, vol. 5. São Paulo, 1998.

Campos GWS. Papel da Rede de Atenção Básica em Saúde na formação médica – diretrizes. Cadernos ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica, Volume 3, Outubro 2007.

Casarin LC. O uso de medicamentos na Saúde Coletiva. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentada ao Centro de Estudos Odontológicos São Leopoldo Mandic. Campinas, 2007.

Casarin LC. O financiamento do setor saúde. Capítulo integrante do Livro *Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia*. Pereira AC, organizador – ISBN: 978-85-60842-13-1 Editora Napoleão, 2009.

Castells M. A sociedade em rede. 10ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.

Castro JD. Regulação em Saúde: análise de conceitos fundamentais. Sociologias, Ano 4, n. 7, p. 122-135. Porto Alegre, 2002.

Cecilio LCO et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):2893-2902, 2012.

CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Assistência farmacêutica no SUS. Brasília, CONASS/Ministério da Saúde, Coleção Progestores, 2007.

CONASS Conselho Nacional de Secretários de Saúde. As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde: 108 p. (CONASS Documenta; 21) ISBN 978-85-89545-59-4. CONASS, 2010.

Conselho Federal de Medicina – Resolução CFM nº 1.638, de 10 de julho de 2002.

Costa e Silva V. O processo de implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Vitória – ES: contribuição à discussão da integralidade na atenção à saúde. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

Fleury SMT e Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007.

Giovanella LA. atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(5): 951-963, 2006.

Gomes GM e MacDowell MC. Descentralização política, federalismo fiscal e criação de municípios: o que é mau para o econômico nem sempre é bom para o social. Brasília, IPEA, Texto para discussão nº 706, 2000.

Granja G e Zoboli ELCP. Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local. O Mundo da Saúde, 36(3):494-501. São Paulo, 2012.

Hoffmann EJ, Lima EWB, Barbosa FTRG, Porto HLS, Castro KD, Santana KNO et al. O funcionamento do sistema de governança das Redes de Atenção à Saúde em Montes Claros, Minas Gerais. Revista **Gestão e Saúde** ISSN:1982-4785. Vol.03, N^o. 02, Ano 2012. Local de publicação, 3, mai. 2012. [acesso 2014 Abr 22]. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/166>>.

Kuschnir R, Chorny AH. Redes de Atenção à Saúde: contextualizando o debate. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2307-2316, 2010.

Magalhães Jr HM. O desafio de construir e regular redes públicas de saúde, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP. Campinas, 2006.

Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; p.39-64, 2001.

Mendes EV. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

Mendes EV. Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde. 2007. [acesso 2014 Abr 17] Disponível em:

http://observasaudesp.fundap.sp.gov.br/pacto/Redesatencao/Acervo/RAS_revBblg.pdf

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2297-2305, 2010.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Oliveira EXG, Carvalho MS, Travassos C. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):386-402, mar- abr, 2004.

Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.

Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud. 49o Consejo Directivo. 61a Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009.

Organización Panamericana de la Salud – Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, HSS/IHS/OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2010.

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: OPAS; 2011.

OPAS Organização Pan-Americana de Saúde. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde : resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: 137 p.: il. (NAVEGADORSUS, 3). ISBN: 978-85-7967-066-4. Organização Pan-Americana da Saúde, 2011b.

Risso C. Avaliação regular dos sistemas de informação em saúde. Brasília, XIV OTI da RIPSA, 2006.

Rodrigues LBB et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(2):343-352, 2014.

Santos FP e Merhy EE. A Regulação Pública da Saúde no Estado brasileiro. *Interface, Comunic, Saúde, Educ*, v.10, n.19, p.25-41, jan/jun, 2006.

Santos JRP. Os desafios da conformação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde. Brasília, 2013.

Silva SF, organizador. Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Parte II: Redes de Atenção à Saúde: conceito, modelo e diretrizes. Idisa: CONASEMS. p. 69-85. ISBN 978-85-61240-01-1. Campinas, SP, 2008.

Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6):2753-2762, 2011.

Teixeira MG. O imperativo do financiamento e da gestão: desafios ao Sistema Único de Saúde. Revista de Direito Sanitário, 4: 85-96, 2003.

Todd WE. – Strategic alliances. In: Todd WE, Nash D, editors. Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago, American Hospital Publishing Inc., 1996.

World Health Organization – Integrated health services: what and why? Geneva, World Health Organization, Technical Brief nº 1, 2008.