



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS**



ISABELLA MARIANO CARUI

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) NO SUS: EXPERIÊNCIAS PIONEIRAS

Limeira
2014



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS**



ISABELLA MARIANO CARUI

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) NO SUS: EXPERIÊNCIAS PIONEIRAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção de título de bacharel em Gestão de Políticas Públicas à Faculdade de Ciências Aplicadas na Universidade de Campinas.

Orientador: Dra. Juliana Pires de Arruda Leite

Limeira
2014

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA PROF. DR. DANIEL JOSEPH HOGAN DA
FACULDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS

C25r	<p>Carui, Isabella Mariano</p> <p>Redes de atenção à saúde (Ras) no Sus: experiências pioneiras / Isabella Mariano Carui. - Limeira, SP: [s.n.], 2014. 55 f.</p> <p>Orientadora: Juliana Pires de Arruda Leite. Monografia (Graduação) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Aplicadas</p> <p>1. Redes de atenção à saúde. 2. Sistema de saúde. 3. Saúde. 4. Fragmentação. I. Leite, Juliana Pires de Arruda. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Aplicadas. III. Título.</p>
------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Título em inglês: The health care networks in SUS: pioneering experiences.

Keywords: - Health care networks;

- Health Care System;

- Health;

- Fragmentation.

Titulação: Bacharel em Gestão de Políticas Públicas.

Banca Examinadora: Profa. Dra. Juliana Pires de Arruda Leite.
Profa. Dra. Tânia Alencar de Caldas.

Autor: Isabela Mariano Carui

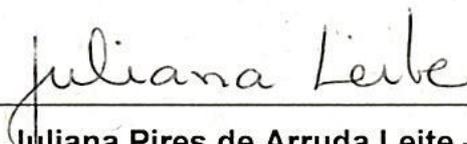
Título: Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS: experiências pioneiras

Natureza: Trabalho de Conclusão de Curso em Gestão de Políticas Públicas

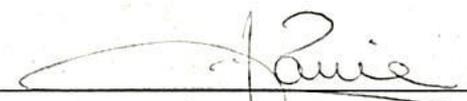
Instituição: Faculdade de Ciências Aplicadas, Universidade Estadual de Campinas

Aprovado em: 09/12/2014

BANCA EXAMINADORA

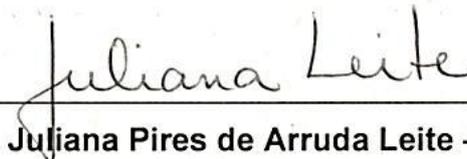


**Dra. Juliana Pires de Arruda Leite – Presidente
Faculdade de Ciências Aplicadas (FCA/UNICAMP)**



Dra. Tânia Alencar de Caldas (Avaliadora)

Este exemplar corresponde à versão final da monografia aprovada



**Dra. Juliana Pires de Arruda Leite – Presidente
Faculdade de Ciências Aplicadas (FCA/UNICAMP)**

AGRADECIMENTOS

Dedico esse trabalho, primeiramente a Deus que me iluminou com sabedoria e paciência em todos os momentos da minha vida, que por mais difíceis serviram de alguma forma como aprendizado e me fizeram mais forte.

Aos meus pais, Lucy e Luis, meus pilares e minha fortaleza. Esse trabalho é parte mínima do meu eterno agradecimento por todo o esforço, tempo, carinho, apoio, compreensão e amor que a mim vocês dedicaram. Aqui é registrado o meu primeiro passo para, um dia, conquistar a grandeza que vocês são para mim. Se ao longo da minha vida, eu puder ser a metade do que vocês são já estarei infinitamente feliz. Amo vocês.

À minha irmã e melhor amiga, Manuella, que embora pouca idade sempre teve a mais delicada maturidade ao me ouvir e me aconselhar. Você sempre será meu maior exemplo de amor incondicional.

Ao meu parceiro e companheiro Gustavo, obrigada por estar ao meu lado em todos os momentos, por sempre me ouvir e me apoiar, e por tornar mais claros e fáceis todos os desafios que aparecem. Obrigada por ser muito mais que um namorado.

Às minhas fieis amigas sempre presentes Luísa, Gabriella e Camila e aos amigos que conquistei durante os últimos quatro anos: Laís, Luiza, Lost, Rapha, Van, Man, Matinê, Wawa, Pé, Luma, Fuinha, Mini, Gi, Iza Barone, às Republicas Babilônia, Tem Mais e seus agregados, que sempre me acolheram. Vocês fazem parte dos melhores anos da minha vida e embora nossos caminhos possam se distanciar levarei comigo todas as lembranças das festas, reuniões da AAAXO, risadas, viagens, momentos e suas respectivas peculiaridades. Obrigada por fazerem esses quatro anos serem extremamente especiais, sem vocês nada teria graça.

Agradeço por fim, a professora Dra. Juliana, que além de mestre para minha formação tornou-se uma amiga ao me orientar e me ajudar, não só nos assuntos que lhe cabia como também em momentos de dificuldade.

RESUMO

A estrutura da Saúde no Brasil, assim como na maioria dos países, é regida por diversos fatores: as necessidades da população e sua interação com o meio ambiente e principalmente as diferenças culturais e econômicas das diversas regiões – item que se agrava pela dimensão e extensão do país. Em um país com mais de 190 milhões de pessoas a necessidade de um sistema de saúde capacitado, com cobertura integral e de qualidade é uma questão primordial. Neste sentido, um dos desafios emblemáticos do SUS é a superação da fragmentação dos serviços e a busca pela integração dos mesmos. Como estratégia para solucionar essa problemática, cresceu a proposta das Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitiriam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população. No Brasil, tendo em vista o enfrentamento de grande parte das dificuldades de fragmentação acima citadas, o Ministério da Saúde procurou reforçar a concepção de redes na operacionalização do SUS, a partir da portaria no 4.279, em 30 de dezembro de 2010, referente à organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS. O presente trabalho faz então uma análise do sistema de saúde brasileiro, focando em seus problemas de fragmentação, bem como nas experiências pioneiras de Redes de Atenção à Saúde já implementadas.

PALAVRAS-CHAVE

1. Redes de Atenção à Saúde; 2. Sistema de Saúde; 3. Saúde.; 4 Fragmentação.

ABSTRACT

The Health structure in Brazil, as in most countries is governed by several factors: population's needs and their interaction with the environment and especially the cultural and economic differences of the various regions – subject that is aggravated by the size and extent the country. In a over 190 million people country, the need for a skilled health system, with full coverage and quality is a major issue. In this sense, one of the SUS emblematic challenges is overcoming the fragmentation of services and the search for integrating them. As strategy to solve this problem, grew the proposal of the Health Care Networks, a new way of organizing the healthcare system in integrated systems which would respond with effect evenness, efficiency, safety, quality and equity, to health conditions of the population. In Brazil, with a view to coping much of the fragmentation of difficulties mentioned above, the Ministry of Health sought to strengthen the design of networks in the operation the SUS, from the concierge in 4279, on December 30, 2010 on the organization of Health Care Networks in SUS. This paper analyzes the Brazilian health system, focus in their fragmentation issues, as well as the pioneering experiences of Health Care Networks already implemented.

PALAVRAS-CHAVE

1. Health care network; 2; HelathCaresistem; 3. Health; 4.Fragmentation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Cronograma da história do SUS.....	21
Figura 2 - Pacto da saúde: uma estratégia para viabilizar a equidade em saúde no Brasil.....	26
Figura 3: Estrutura de uma rede integrada de saúde.....	36
Figura 4: Exemplos de sistemas logístico.	38
Figura 5: Logomarca do Programa Rede Cegonha.....	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Exemplos de sistema de apoio.....	37
Quadro 2 – Componentes e pontos de atenção das RAPS.....	45

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1. Objetivos.....	14
1.2. Justificativa.....	14
1.3. Metodologia.....	15
2. O SUS	16
2.1. História do SUS.....	16
2.2. Seus princípios e diretrizes.....	21
2.3. A fragmentação do SUS.....	27
3. AS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE.....	30
3.1. Conceitos e fundamentos.....	30
3.2. Histórias e experiência internacionais.....	32
3.3. Elementos construtivos de uma rede de atenção à saúde.....	34
4. RAS NO BRASIL: EXPERIÊNCIAS PIONEIRAS.....	39
3.4. A Rede Cegonha.....	39
3.5. Rede de Atenção Psicossocial.....	40
3.6. Programa Olhar Brasil.....	45
5. CONCLUSÕES.....	48
6. REFERÊNCIAS.....	49

1. INTRODUÇÃO

A estrutura da Saúde no Brasil, assim como na maioria dos países, é regida por diversos fatores: as necessidades da população e sua interação com o meio ambiente e principalmente as diferenças culturais e econômicas das diversas regiões – item que se agrava pela dimensão e extensão do país.

Em um país com mais de 190 milhões de pessoas (IBGE, 2010) a necessidade de um sistema de saúde capacitado, com cobertura integral e de qualidade é uma questão de luta e conquista diária. O modelo de administração da saúde pública no Brasil foi modificado a partir da promulgação da Constituição Brasileira de 1988, onde foram definidas e estipuladas as diretrizes a serem seguidas para a criação de um sistema unificado e integrado de saúde, dando autonomia aos Estados e Municípios, participação popular na gestão e principalmente estabelecendo a saúde como "um direito de todos e um dever do Estado", conforme o artigo 196 da Constituição. (Brasil, 1988).

O SUS – Sistema Único de Saúde – é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Oferece serviços em todo o território brasileiro, desde atendimentos ambulatoriais até transplantes de órgãos, garantindo o acesso universal e gratuito, além disso, 80% da população nacional, depende exclusivamente deste sistema para tratar da saúde. (Ministério da Saúde, 2014)

Como dito acima, as necessidades de uma população são a base para a construção e estruturação dos sistemas de saúde. No caso do Brasil existe uma situação de tripla carga de doenças: uma agenda não superada de doenças infecciosas, uma carga importante de causas agudas e uma presença notável de condições crônicas. Este tipo de cenário exige que o sistema de saúde seja integrado, para dar conta destas demandas crescentes.

No entanto, o Ministério da Saúde brasileiro reconhece estes problemas de fragmentação no âmbito do Sistema Único de Saúde, demonstrado pelos seguintes pontos:

“(1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à

saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS).” (BRASIL, 2010, p. 3).

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, segundo Mendes (2011) são predominantes no mundo todo e seguem uma estrutura hierárquica. Organizam-se através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, separados e incomunicados uns dos outros e, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população.

Nestes sistemas, a atenção primária não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. Assim, segundo o autor, equivocadamente os sistemas fragmentados acreditam que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção em níveis secundários e terciários, o que leva a uma banalização da primeira parte e a uma sobrevalorização, material ou simbólica, das práticas que exigem maior potencial tecnológico, resultando em resultados negativos.

Ainda segundo Mendes (2011), como estratégia para solucionar essa problemática, cresceu a proposta das Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitiriam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira.

“As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010)

Estas redes são fundamentais para a coordenação e a integração dos serviços e das ações de saúde, para a integralidade e para a qualidade da atenção à saúde da população.

A organização dos serviços e dos recursos em redes já foi implantada em diversos países e evidencia melhores resultados em saúde, menos internações, maior satisfação dos usuários, melhor uso dos recursos, serviços mais custo-efetivos e de melhor qualidade, maior cooperação entre gestores de diferentes serviços, entre outras vantagens. (CONASS, 2012)

A origem das RAS's, segundo Mendes (2011), se deu na 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. A proposta era que 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. Na década de 1990 o tema já era tratado no Brasil.

As RAS's são espaços que objetivam a melhora de saúde da população, ofertando serviços contínuos no âmbito dos diferentes níveis de atenção à saúde. Assim, para a lógica das RAS, um pronto socorro e um centro de especialidades, diferente dos sistemas fragmentados, são igualmente importantes na garantia da atenção à saúde do usuário, pois ambos cumprem papéis específicos para necessidades específicas. (CONASS, 2012)

Organizadas em arranjos produtivos híbridos, estruturam-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção. (CONASS, 2012)

Deste modo, o presente trabalho busca discutir os problemas de fragmentação presentes no SUS, bem como as experiências pioneiras de Redes de Atenção à Saúde implantados no Brasil.

1.1.OBJETIVOS

O trabalho tem por objetivo apresentar o conceito de redes de atenção no SUS, identificar as experiências pioneiras de RASs já consolidadas no Brasil e indicar os obstáculos e desafios enfrentados pelo sistema de saúde para a implantação das RASs.

1.2. JUSTIFICATIVA

Embora seja inegável o notável crescimento, avanço e desenvolvimento alcançado por todo o sistema brasileiro de saúde nos últimos anos, falhas na estrutura e organização, infelizmente, ainda são pertinentes no setor em questão.

Superar os desafios e avançar na qualificação da gestão de saúde requer informações, tecnologia, investimento e principalmente ideias inovadoras para aprimorar o planejamento e bom desenvolvimento das atividades de saúde.

Nesse contexto, o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RASs) surgiu como opção de melhoria para o gerenciamento, e conseqüentemente a consolidação do SUS: a garantia do direito à atenção integral, efetiva e de qualidade a todos os cidadãos brasileiros, de acordo com suas necessidades.

Sendo assim, a fim de contribuir com o enfrentamento da problemática da fragmentação do SUS, é de suma importância o estudo dessa nova estratégia. Como funcionam e como se formam essas cadeias, quais são os resultados esperados e já obtidos pelas RASs, é o que se busca explorar neste estudo.

1.3. METODOLOGIA

A metodologia é estruturada a partir da revisão bibliográfica sobre o sistema de saúde brasileiro e seus problemas de fragmentação, revisão bibliográfica sobre as redes de atenção à saúde e busca de dados secundários sobre as redes de atenção à saúde nos estados brasileiros.

O presente trabalho está dividido em três sessões, incluindo esta introdução. A primeira sessão faz uma apreciação histórica do SUS, seus precedentes e sua situação atual, seguidos dos componentes organizacionais que o compõe e por último uma análise sobre problemática da autarquia.

Na segunda sessão apresentaremos a proposta das Redes de Atenção à Saúde, a partir de uma revisão bibliográfica da obra de Eugênio Vilaça Mendes, seus conceitos, diretrizes e como elas podem auxiliar na problemática da fragmentação do atendimento à saúde no Brasil atualmente.

No último capítulo apresentaremos três exemplos de Redes Integradas de Saúde vigentes no Brasil que tem proporcionado bons resultados para os respectivos públicos alvos.

Por fim, serão tecidos alguns comentários e considerações finais sobre o tema a partir dos elementos teóricos explorados

2. O SUS

2.1 HISTÓRIA

A história da Saúde Pública brasileira tem início na Constituição de 1891, logo após a Proclamação da República, onde cabia aos estados a responsabilidade pelas ações de saúde e saneamento. No entanto as primeiras ações de campanhas de inspeções sanitárias tinham um claro interesse econômico: viabilizar as exportações dos produtos brasileiros, uma vez que as epidemias da época ameaçavam a saúde dos portos e a agro exportação (BERTOLLI, 1996).

A preocupação maior era a saúde do produto e da cidade; a assistência a população era consequência embora havia a necessidade do tratamento do trabalhador, que tinha proximidade com o risco das doenças da época. Assim, algumas campanhas voltadas para os trabalhadores começaram a ser implementadas, como a quarentena, no qual o enfermo ficava afastado por quarenta dias de seu ambiente de trabalho e convívio (BERTOLLI, 1996).

A partir de 1902, as primeiras políticas de saneamento foram surgindo e sob a coordenação de Oswaldo Cruz, que assumia a diretoria geral de saúde. Ele propôs um código sanitário visando a desinfecção, inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária, além de implementar a campanha de vacinação obrigatória. Isso gerou diversas discussões e muita crítica, desencadeando um movimento popular no Rio de Janeiro, conhecido como a Revolta da Vacina (COSTA, 1985).

Apesar das muitas críticas, ao final da década de 1910 a febre amarela e outras doenças já tinham sido erradicadas em algumas regiões, impulsionando a extensão do movimento sanitarista às áreas rurais. O chamado “sanitaríssimo desenvolvimentista”, segundo vários autores (LABRA, 1985) reagia ao “campanhismo”, à centralização, à fragilidade dos governos locais e ao baixo conhecimento do estado sanitário do país pela falta de informações.

Em 1920, as ações de saúde públicas voltadas para benefícios coletivos e preventivos ainda deixava grande parcela da população desamparada, já que o direito

à saúde não era uma preocupação do governo (ESCOREL, 1998). É criada, então, a Diretoria Nacional de Saúde Pública (DNSP), reforçando o papel do governo central e a verticalização das ações (HOCHMAN, 1998).

Em 1923, o Deputado Eloy Chaves propôs a instituição da Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Concretizada pelo Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecido depois como “Lei Eloy Chaves” (BRASIL, 1923). O CAPs era destinado especificamente para os servidores públicos e organizado segundo os princípios da seguridade social. Os contribuintes tinham direito a socorro médico, para toda família, medicamentos, aposentadoria e pensões para herdeiros.

Oito anos depois, em 1930, durante Governo Provisório do Presidente Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Educação e da Saúde Pública - MESP (decreto n. 19.402, de 14 nov. 1930) com o objetivo de cuidar da saúde pública de todos aqueles que não eram beneficiados pelos serviços oferecidos pelas caixas e pelos institutos previdenciários, como era o caso dos pobres, desempregados e os que exerciam atividades informais (BRASIL, 1930).

Em paralelo, o CAPS foi aperfeiçoado e deu lugar aos IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que seguiam modelos de pensões destinados a trabalhadores do mercado formal, organizados por categorias profissionais, e que ofereciam assistência médica por meio de serviços terceirizados. Por intermédio dessas autarquias o Estado, que tinha forte presença, passava também a controlar a concessão de benefícios no âmbito da seguridade social. (LIMA, 2003). O IAPs teve mais sucesso que o CAPs e atingiu 2,8 milhões de beneficiários, 20 vezes o número de assegurados em 1930 (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1985), fortalecendo o mercado privado de serviços de saúde no país.

Em 1937, o antigo DNSP foi substituído pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS). Em 1942, com apoio norte-americano, e em função do esforço de guerra dos aliados, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), uma autarquia pública ligada ao MESP ao qual o DNS era subordinado, com finalidade de organizar ações de saneamento e de atenção integral à saúde para as populações da área de produção da borracha, na Amazônia, e de ferro em Minas Gerais.

Com a queda de Vargas e a promulgação da constituição de 1946, a saúde pública passou ser regida de forma mais centralizada com programas e serviços ainda

focados em campanhas e ações sanitárias. Todavia as políticas de saúde focadas em prevenção e ações sanitárias não eram suficientes (HOCHMAN, 1998).

No período democrático inaugurado após o fim do Estado Novo não houveram mudanças institucionais significativas nem na saúde previdenciária, nem nas atribuições do Ministério da Saúde (GOMES, 1980). Entretanto, o amadurecimento do sistema previdenciário elevava o número de aposentados e pensionistas. Segundo Oliveira e Teixeira (1989) as despesas médias por segurado quintuplicaram entre 1945 e 1963. Por conta deste aumento das despesas, as reservas do sistema (fundo de garantia), que em 1945 representavam 6,8 vezes as despesas anuais totais, em 1964 já não garantiam nem as despesas daquele ano..

Em 1966, sob a intensa pressão do debate sobre alternativas políticas, o governo militar implantou reformas institucionais que afetaram profundamente a saúde pública e a medicina previdenciária. O IAPs foi unificado e deu lugar ao INPS - Instituto Nacional de Previdência Social, que agora iria abranger trabalhadores informais também. O INPS, passou a gerir seus recursos não mais de acordo com o regime de capitalização, mas com o regime de caixa, segundo o qual não se procura mais formar reservas, sendo as despesas cobertas com as receitas correntes (TRINDADE LIMA, 2005). Desta forma, a economia geraria empregos suficientes, dos quais se originariam as contribuições necessárias para manter sadio o caixa da Previdência.

Em meados de 1970, o governo buscava por novas estratégias já que passava por um momento de crise política e econômica. As mais notáveis estratégias foram a política de abertura do governo e a definição do II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND), plano quinquenal focado no desenvolvimento econômico e social, principalmente na área de saúde, educação e infraestrutura.

A rearticulação da sociedade civil, por volta de 1974, foi marcada por críticas ao sistema de saúde público vigente, uma vez que as suas características excludentes e centralizadoras deixavam grande parte da população sem acesso a atendimentos médicos e condições básicas à saúde (HOCHMAN, 1998).

Tais críticas e reivindicações tiveram grande influência internacional, através da Conferência Internacional de Alma-Ata, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978. Esta conferência representou um verdadeiro marco para os sistemas de saúde do mundo, ao propor um conceito ampliado de saúde, defender a

saúde como um direito de cidadania a ser contemplado por meio de políticas públicas de responsabilidade do Estado e enfatizar a necessidade de articulação da atenção primária à saúde com os sistemas nacionais para garantir a continuidade dos cuidados à saúde (OMS/Unicef, 1978).

A Conferência, não foi um incentivo só no Brasil; Suécia, Canadá, Itália, Portugal, Austrália e Grécia e em 1979, segundo a OMS, sofreram reformas sanitárias significativas e passaram a reconhecer a saúde como direito de acesso universal. E assim as primeiras propostas da Reforma Sanitarista começaram a surgir.

No contexto da redemocratização brasileira, membros do Movimento Sanitário vieram a ocupar posições centrais na hierarquia do sistema nacional de saúde, dando início a diversas mudanças na política de saúde. Sua maior conquista foi em 1986, com VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) que contou com representantes de toda a sociedade. O núcleo central das proposições da VIII CNS declara:

Ampla mobilização popular para garantir (...) que se inscrevam na futura Constituição: a caracterização da saúde de cada indivíduo como de interesse coletivo, como dever do Estado, a ser contemplado de forma prioritária por parte das políticas sociais; e a garantia da extensão do direito à saúde e do acesso igualitário às ações de serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (...) (Brasil, 1986. Resolução n. 13, tema 1)

Deverá ser constituído um orçamento social que englobe os recursos

Destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios aos distintos fundos sociais (...) sendo o de saúde (...) o Fundo Federal de Saúde. Em nível estadual e municipal serão formados Fundos Únicos de Saúde de maneira análoga (...).

Os recursos destinados à saúde serão determinados através da prefixação de percentual mínimo sobre as receitas públicas; Os recursos da Previdência serão gradativamente retirados do financiamento das ações de saúde. (...)

Os recursos financeiros da Previdência Social devem destinar-se exclusivamente para custear um seguro social justo aos trabalhadores da cidade e do campo.

A distribuição de recursos financeiros não deve levar em consideração apenas o contingente populacional de cada região e sua arrecadação fiscal. Deve também considerar as condições de vida e de saúde da região, promovendo, assim, uma distribuição mais justa dos recursos (...) (Brasil, 1986. Tema 3).

As propostas da VIII CNS não foram concretizadas de imediato. Após a conferência, por iniciativa do MPAS/INAMPS, foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que se apresentou como estratégia na construção do SUS (HOCHMAN, 1998).

Deve-se dizer que o Suds tinha como proposta um sistema unificado e descentralizado que garantisse a viabilidade dos recursos federais para os municípios, sem que estivesse explicitada uma política de municipalização. Em paralelo, os recursos destinados à saúde não deveriam se dispersar ou ser apropriados para outros fins (TRINDADE LIMA, 2005).

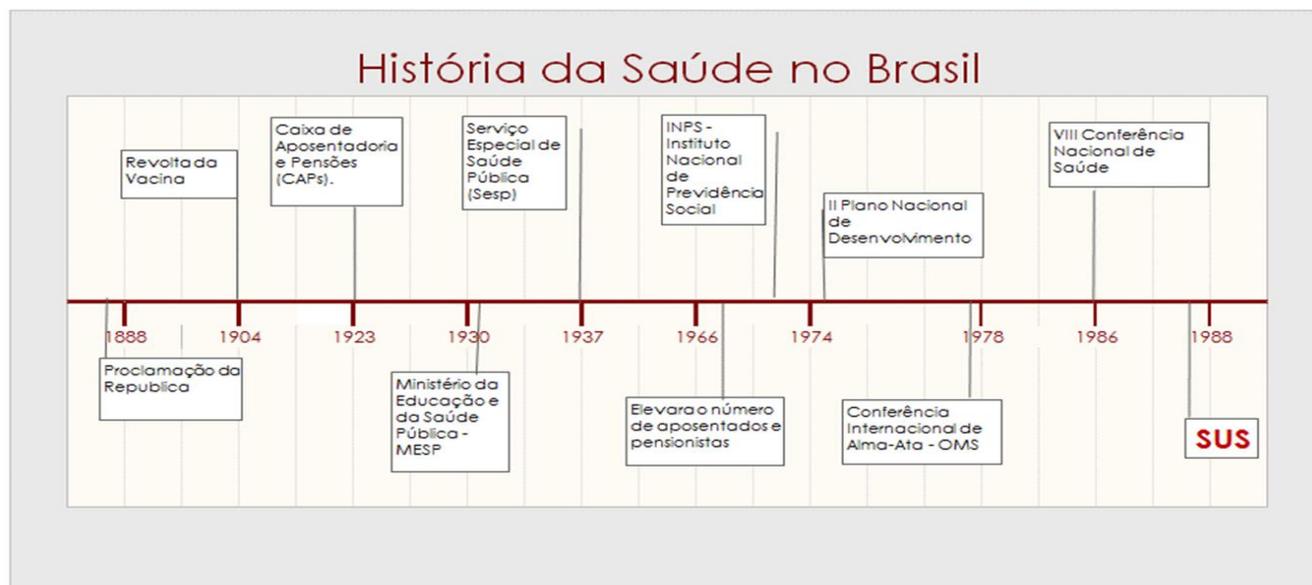
O Suds gerou muita controvérsia entre o Ministério da Saúde e os reformistas e sua implantação ocorreu simultaneamente com a Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88. (Brasil, 1988) Nela, o relatório da VIII CNS foi tomado como base para a discussão da reforma do setor saúde, e o SUS foi finalmente aprovado.

A nova estratégia continuou sendo palco para uma discussão acirrada entre diversas partes, mas a disputa de interesses não foi suficiente para barrar a concretização do SUS e seus princípios, apenas retardou a definição de algumas políticas importantes para o processo de implementação da reforma, tais como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema, dentre outras (FARIA, 1997).

Após a legalização do SUS em 1988, buscou-se definir novas regras e leis, além do alinhamento de diretrizes com os demais órgãos e entidades que viriam a ser

parceiros dessa nova autarquia. Para compreender toda esta complexa realidade do setor de saúde no Brasil, analisaremos a seguir seus princípios e diretrizes.

Figura 1 – Cronograma da história da saúde no Brasil



Fonte: Elaboração da autora

2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: SEUS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

É correto afirmar que o SUS surge, a priori, como uma “Política de Estado” materializada na chamada Constituição cidadã de 88, de considerar a Saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado” (BRASIL, 1988).

A base legal do SUS é constituída fundamentalmente por três documentos que expressam os elementos básicos que estruturam e organizam o sistema de saúde brasileiro. São eles:

- A Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é um dos setores que estruturam a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social (BRASIL, 1988).
- A lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, também conhecida como a Lei Orgânica da Saúde e que dispõe principalmente sobre a organização e regulação das áreas e serviços de saúde em todo território nacional (BRASIL, 1990a).

- A lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece o formato da participação popular no SUS e dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990b).

O Sistema Único de Saúde é administrado pelos governos federal, estaduais, municipais e por organizações que visam garantir serviços gratuitos a qualquer cidadão. Segundo o Conselho Nacional da Saúde, é o maior sistema público de saúde do mundo, atendendo a cerca de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente do sistema para tratar da saúde.

Neste sentido, os princípios e diretrizes do SUS devem ser compreendidos a partir de uma perspectiva histórica e epistemológica, constituindo-se como um produto resultante de um processo político e que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão, as relações entre as esferas de governo do país, entre outros (CORREA, 2007).

Nas localidades onde não há serviços públicos, o SUS contrata serviços de hospitais ou laboratórios particulares, para que não falte assistência às pessoas. Assim, esses prestadores de serviços também se integram à rede SUS, tendo que seguir seus princípios e diretrizes, são eles:

- a universalidade;
- a integralidade;
- a descentralização;
- a participação popular;
- a equidade;
- a regionalização e hierarquização.

O princípio da universalidade parte da premissa determinada pela Constituição, no qual a saúde é “direito de todos e dever do Estado”. Se dá na extensão da cobertura dos serviços, de modo que sejam totalmente acessíveis e gratuitos à toda a população, independente de raça, crenças, cor, situação de emprego, classe social, local de moradia. Como vemos abaixo:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem redução do risco

de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitários às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988: 63)

Aqui, é importante ressaltar a questão da gratuidade do sistema. Na verdade é inapropriado dizer que o SUS é gratuito, deve-se enfatizar o princípio do direito a saúde uma vez que a autarquia é financiada pelos impostos pagos pela população (CORREA, 2007)

A integralidade é o conjunto de ações que vão desde a prevenção até a recuperação do paciente, em todos os níveis de complexidade, como forma de efetivar e garantir a saúde. Por isso, para ser um sistema integral, a rede de saúde pública deve dispor de recursos físicos e humanos capacitados, promoção de ações de saúde que vão desde vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica até ações de assistência e recuperação de pessoas doentes, ou seja, ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

A política do SUS também inclui a participação popular em sua formação e funcionamento. Isto pode ser considerado uma herança da Reforma Sanitarista, de 1970, onde trabalhadores da saúde organizavam movimentos sociais na luta por um sistema que atendesse descentemente as necessidades e direitos da saúde (CORREA, 2007).

O SUS possui instâncias colegiadas de participação popular em cada esfera de governo que são:

- Os Conselhos de Saúde: presentes nos três níveis de governo, representados pelo Conselho Nacional de Saúde, Conselho Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde e as conferências de saúde. São compostos por representante de usuários e representantes da gestão, trabalhadores da saúde e prestadores privados. Sua função é controlar a execução, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde, inclusive nas ações financeiras e administrativas. Suas decisões devem ser homologadas pelo gestor do SUS em cada esfera de governo;
- As Conferências de Saúde: também existem em cada nível de governo, devem se reunir a cada 4 anos ou quando solicitado pelo poder

Executivo. São compostas por diversos segmentos sociais e tem como objetivo avaliar a situação de saúde e propor novas ideias e soluções.

O princípio da participação está determinado pela Constituição e pela Lei Complementar n.º 8.142/1990, que declara que a “comunidade pode, e deve, participar nas ações e serviços públicos de saúde, através das Conferências da Saúde que ocorrem a cada quatro anos em todos os níveis federativos - União, Estados, Distrito Federal e Municípios, ajudando na formulação e no controle da execução” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

O princípio da equidade está diretamente relacionado ao princípio da universalidade, citado acima. Significa propiciar a isonomia do tratamento dos pacientes e usuários; promover atendimento de qualidade, em todos os segmentos do SUS, para todos os cidadãos brasileiros. Entretanto, este princípio pode não ocorrer em sua plena execução, uma vez que as necessidades podem variar devido às desigualdades sociais e regionais.

Este princípio, para muitos autores, diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior. Isto é reconhecer a diversidade das condições humanas, de acordo com as necessidades (MENDES,2011).

Por estar presente em todos os níveis federativos – União, Estado, e Municípios – o SUS define seu princípio de descentralização como a transferência de poder de decisão sobre a política de saúde, dos maiores para os menores níveis. Assim, municípios ou estados têm total autonomia na administração da rede de saúde, com o objetivo de consolidar as leis e diretrizes do SUS.

Em cada esfera de governo há uma direção do SUS: na União, o ministério da saúde; nos estados e distrito federal, as secretarias estaduais de saúde ou órgão equivalente; e nos municípios, as secretarias municipais de saúde.

Para auxiliar, existem instancias que fiscalizam, monitoram e administram os sistemas de atenção à saúde e suas relações com os órgãos máximos, são elas:

- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems);
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass);

- Comissão Intergestores Bipartite (CIB) - estabelece pactos entre os municípios e a coordenação da gestão estadual;
- Comissão Intergestores Tripartite (CIT) - estabelece pactos entre representantes do Ministério da Saúde, das secretarias estaduais e municipais.

Ao se falar de descentralização faz-se necessário pensar na regionalização e hierarquização. Segundo Carvalho Marques (1993) significa projetar a melhor e mais racional distribuição dos recursos entre as regiões, seguindo a distribuição da população pelo território nacional, de acordo com suas necessidades, fraquezas e oportunidades. Já com relação à hierarquização, trata-se de organizar o sistema por níveis de atenção e estabelecer fluxos assistenciais entre os serviços de modo que regule o acesso aos mais especializados, considerando que os serviços básicos de saúde são os que ofertam o contato com a população e são os de uso mais frequente, como apontam Vasconcelos e Pasche (2006).

Os serviços devem ser planejados a partir de critérios epidemiológicos, assim desenvolve-se a capacidade do serviço em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando alto grau de resolutividade (CARVALHO, 1993).

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite um conhecimento maior da situação de saúde da população da área em questão e nesse contexto foi estabelecido o Pacto pela Saúde como estratégia e parâmetro para a excelência na condução das ações de saúde.

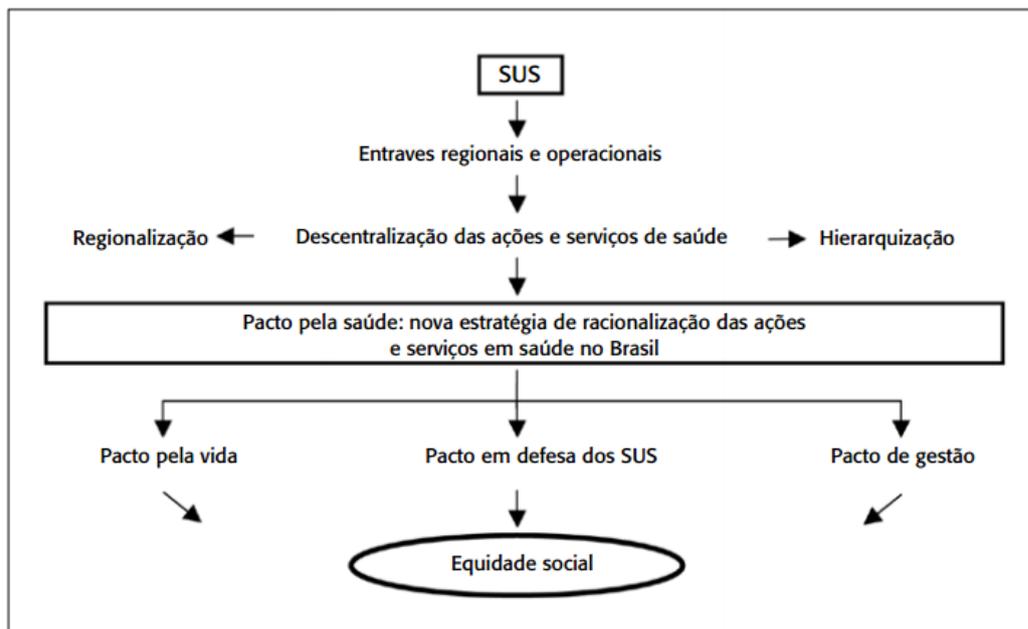
O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS condescendido entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o desígnio de gerar novos processos e instrumentos de gestão, a fim de alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. O Pacto pela Saúde reformula e estipula as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social e no avanço da implantação dos princípios constitucionais referentes à saúde no Brasil (CONASS, 2006).

O documento das Diretrizes do “Pacto pela Saúde” publicado em 2006 pela Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro contempla o pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão; delimitando as responsabilidades sanitárias, o planejamento de construção de um novo modelo de financiamento para o setor, a partir de uma gestão solidária e cooperativa objetivando o fortalecimento do controle social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Pacto pela Saúde nasceu como uma estratégia em um momento que era evidente a necessidade de transpor alguns entraves regionais e operacionais do SUS, como a hierarquização e regionalização. Desde modo, programar um processo que pudesse descentralizar e organizar a gestão do sistema de saúde era essencial (BERGER et al 2009).

Os objetivos do pacto são conquistados por meio de três componentes: o pacto pela vida, o pacto em defesa do SUS e o pacto de gestão, como mostra a figura 1 (BRASIL, 2006a).

Figura 2 - Pacto da saúde: uma estratégia para viabilizar a equidade em saúde no Brasil.



Fonte: (BERGER et al 2009).

O Pacto pela Vida trata de olhar o contexto da saúde, desde onde a comunidade em questão mora até suas condições de vida e definir prioridades a partir de metas e indicadores definidos nacionalmente mas que permitem que os gestores, das três esferas, indiquem situações a partir da realidade local (SCHNEIDER & PERALTA & BOTH & BRUTSCHER, 2009).

O Pacto pela Vida destacou como prioridades: a saúde do idoso; o controle do câncer de colo de útero e de mama; o fortalecimento da Atenção Básica/Primária; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza e promoção da saúde BRASIL, 2006a).

O Pacto em Defesa do SUS nada mais é do que discutir e sempre manter atualizada e efetiva as diretrizes do SUS, como forma de reafirmar seu significado e sua importância para a cidadania ((BERGER et al 2009).

As diretrizes operacionais do Pacto em Defesa do SUS recomendam:

“a) expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal;

b) desenvolver e articular ações no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública.” (BRASIL, 2006a)

A terceira dimensão do Pacto pela Saúde, é o Pacto de Gestão que tem como principal objetivo a busca de maior autonomia aos Estados e aos municípios no que tange aos processos normativos do SUS, a fim de extinguir de vez a regionalização e hierarquização que tanto fragmentam o sistema. Deve-se definir responsabilidade sanitária de cada esfera de governo, tornando mais claras as atribuições de cada um. As diretrizes para gestão do SUS têm ênfase na Descentralização, Regionalização, Financiamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), Regulação, Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Participação e Controle Social (SCHNEIDER & PERALTA & BOTH & BRUTSCHER, 2009).

2.3. A FRAGMENTAÇÃO DO SUS

Embora possua um plano estratégico, na prática, o SUS ainda enfrenta muitos problemas que suplicam por melhoras, retardando sua eficiência.

Para que os princípios, diretrizes e pactos expressos nas leis, se tornem realidade do SUS alguns verdadeiros obstáculos devem ser superados como o financiamento, o modelo assistencial, os recursos humanos, o controle social e principalmente a fragmentação do sistema, que aqui abordaremos.

Entende-se por sistemas fragmentados, aqueles sistemas de saúde que oferecem serviços de forma isolada; em ações descontinuas. Nas palavras de Mendes (2011):

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, 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 adstrita de responsabilização. Neles, a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. (Mendes, 2011, pag. 50)

A fragmentação dos sistemas de serviços de saúde pode-se dar em quatro dimensões:

- Fragmentação da atenção à saúde
- Fragmentação entre os sistemas clínicos e administrativos
- Fragmentações entre os sistemas de serviços de saúde e de assistência social
- Fragmentação entre o sistema de serviços de saúde

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são compostos por componentes isolados e por altos níveis hierárquicos classificados de acordo com a gravidade e urgência, que não permitem a desenvoltura do fluxo de informações adequadas por não conversarem entre si (CONASS, 2012).

A principal causa desse tipo de fragmentação é a separação dos serviços de saúde pública dos serviços de atenção às pessoas; os sistemas de saúde são organizados em atenção básica, atenção de média e de alta complexidades, ou seja, destinam-se aos problemas agudos ou aos problemas crônicos (SILVA, 2011).

Os problemas agudos são aqueles que devem ser resolvidos em curtos prazos, que se manifestam de modo pouco previsível e que podem ser controlados de forma complementar, assim um modelo de atenção a problemas agudos destina-se a atender um paciente, no menor tempo possível e solucionar o problema de forma emergencial. Segundo a Organização Mundial à Saúde (2009) são problemas agudos as doenças transmissíveis de curso curto como gripe e dengue, doenças infecciosas como apendicite e amigdalite e os traumas.

Já os problemas crônicos são aqueles que exigem um maior tempo e atenção contínua e integrada de profissionais de doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes, doenças respiratórias crônicas, doenças transmissíveis de curso longo (hiv/aids, tuberculose), distúrbios mentais de longo prazo, as deficiências físicas e estruturais contínuas, condições maternas e perinatais (OMS, 2009).

As modelagens fragmentadas são basicamente orientadas para a atenção a condições agudas e dá ênfase as ações curativas, forma equivocada de tentar agilizar os processos de cura. Não há uma linha de tratamento e acompanhamento do enfermo apenas visa-se a solução imediata e na realidade, não é definitiva. Trata-se então de um processo reativo que prioriza o cuidado pessoal e não integral: o tratamento é focado nos doentes. Além de trabalhar a descontinuidade dos tratamentos, uma vez que não se dedicam nem à gestão de riscos populacionais nem à prevenção de doenças (MENDES, 2011).

Fruto do princípio hierarquização, a fragmentação do SUS é uma grande problemática deste sistema. O sistema funciona por níveis de “complexidades” e é ordenado por graus de importância entre os diferentes níveis; atenção básica, atenção de média e de alta complexidades. Esse conceito errôneo leva a uma banalização do

atendimento primário e uma supervalorização daquelas atividades que exigem um pouco mais de recursos, sejam eles financeiros, humanos ou tecnológico (MEDEIROS DE BARROS, 2010).

Deste modo, pode-se afirmar que o problema principal do SUS é a incoerência entre a situação das condições de saúde dos brasileiros e um sistema fraco e fragmentado voltado para solucionar problemas agudos (MENDES, 2007). Essa falta de alinhamento entre as necessidades e as soluções pode ser uma das causas da crise do sistema público de saúde no nosso país que pode ter como estratégia de reformulação a implementação das Redes de Atenção à Saúde.

Hoje, mais de 25 anos depois, ainda há muito a se fazer. A crise do sistema de saúde no Brasil está presente no nosso dia a dia podendo ser constatada através de fatos amplamente conhecidos e divulgados pela mídia. Filas frequentes de pacientes, falta de leitos hospitalares, escassez de recursos financeiros, materiais e humanos, são algumas deficiências do nosso sistema de saúde que permeiam com frequência até hoje.

3. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

3.1 CONCEITOS E FUNDAMENTOS

Embora sejam inegáveis as transformações e a evolução conquistada pelo Sistema Único de Saúde brasileiro desde sua implementação, em 1988, ainda são notáveis as evidências sobre as falhas e fragilidades que permeiam o sistema até hoje. A dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços prestados ainda é o maior obstáculo para alcançar a eficiência e eficácia de um sistema de saúde digno e de qualidade para toda a população.

A falha na alocação correta dos recursos, o financiamento público insuficiente, e a incoerência entre o serviço oferecido e as verdadeiras necessidades da população

são algumas das lacunas que rondam o sistema de saúde no Brasil, além daqueles citados no capítulo anterior.

Sendo assim, na busca pela superação dos desafios e pelo avanço na qualificação, são necessárias soluções para a integração do sistema. É neste sentido que se apresentam as propostas das Redes de Atenção à Saúde (RASs).

As RAS's são redes integradas de serviço à saúde. Na literatura, temos várias definições deste conceito, os quais veremos a seguir.

Segundo o Ministério da Saúde, as RAS são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado arranjos organizados que alinham a qualidade, acesso e disponibilidade de recursos num sistema de saúde”. (BRASIL, 2014)

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), redes integradas são “organizações e gestão dos serviços de saúde onde as pessoas recebem os cuidados de que precisam, quando precisam, de modo que seja de fácil utilização para alcançar os resultados desejados e fornecer valor para o dinheiro” (OMS, 2014) ou seja, são aquelas que conseguem oferecer o que é preciso na hora certa. A OMS também considera as redes como umas das principais ferramentas para prestação de serviços à saúde, contribuindo para tornar real seus princípios e colocar em prática seus elementos essenciais, tais como a universalidade, o cuidado apropriado, a organização e cuidado com a saúde.

Mattos (2006), por sua vez, afirma que redes integradas “são políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde, ou aos problemas de saúde que afligem um certo grupo populacional.” (Pag. 13). Ou seja, a estratégia é saber primeiramente o que a população precisa e como ela precisa; quais são suas reais necessidades e carências e qual a melhor e mais rápida maneira de solução. Aqui a análise geográfica e sociologia é fator determinante, uma vez que em um país as problemáticas de saúde variam de acordo com a região, população, etc.

Ainda sobre a definição de Redes de Atenção à Saúde, temos a percepção de Shortell, em sua obra analítica de 1993 sobre o sistema de saúde Americano:

Sistemas integrados de prestação de serviços de saúde caracterizam-se por: foco nas necessidades de saúde da população; coordenação e integração do cuidado através de um contínuo sistemas de informação que ligam consumidores, prestadores e pagadores de serviços através do continuum de cuidados; informação sobre custos, qualidade e satisfação dos usuários; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores, profissionais de saúde para alcançarem objetivos; e contínua melhoria dos serviços prestados.(SHORTELL,1993 APUD Mendes, 2011)

Em síntese, podemos definir as RAS's como organizações poliorquias de pontos de atenção, unidos por uma única missão, regrados por objetivos comuns e dispostos a oferecer um cuidado contínuo e integral a uma determinada população, em um lugar adequados, com recursos de qualidade e financiados por um investimento inteligente afim de gerar valor à população (AGRANOFF e LINDSAY, 1983; PODOLNY e PAGE, 1998; CASTELL, 2000; FLEURY e OOVERNEY, 2007 APUD Mendes, 2011).

As redes, em essência, são sistemas assistenciais baseados em linhas articuladas de serviços e sistemas de saúde com o objetivo de promoção da integração resultando na atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humana, alinhadas com o acesso e capazes de responder às necessidades de saúde individuais em âmbitos locais e regionais (ROSEN e HAM, 2008).

Neste sentido, são modelos de integração horizontal, onde cada ponta da rede tem uma certa autonomia, no entanto se conversam para escolher e executar as atividades de forma conjunta, uma vez que não há barreiras de acessos entre elas (MARCON E MOINET, 2000). Em outras palavras operam de forma cooperativa e interdependente.

Na prática, as RAS se propõem a promove atenção integral partindo da ação preventiva, passando por programas curativos, reabilitadores e de cunho paliativo também, terminando no acompanhamento do paciente, ou seja, o ciclo completo de atenção a uma condição de saúde (MENDES, 2011).

Esse tipo de rede favorece o crescimento em conjunto, o desenvolvimento em pesquisa e de novas estratégias, a redução de custos e riscos e o melhor fluxo de informações e tecnologias, por exemplo.

3.2. HISTÓRIA E EXPERIÊNCIAS INTERNACIONAIS

A história das RAS's (ou Redes Integradas de Serviços de Saúde - RISS) não é antiga, tiveram seus primeiros exemplos nos Estados Unidos, durante a década de 90, depois se espalharam por Canadá e Europa Ocidental e posteriormente em alguns países em desenvolvimento, e em pouco mais de 20 anos vem sendo desenvolvidas no Brasil (MENDES, 2011).

Nos Estados Unidos, país sede da implantação do conceito, a proposta de mudança no sistema público de saúde surgiu no início da década de 90, quando o estudioso e especialista Stephen Shortell propôs uma análise empírica sobre o sistema de saúde em questão; foram analisados 12 casos e em todos haviam fortes evidências de fragmentação. Após identificar os erros, Shortell (1995) apontou os desafios como solução: tornar eficaz os sistemas de informação, aumentar a produtividade dos serviços hospitalares, combinar as lideranças internas e externas, crescer a participação dos médicos, fortalecer a Atenção Primária a Saúde e realinhar os investimentos financeiros e de tecnologia. Com isso houve uma etapa de fusão de unidades de saúde em busca de economia de escala e conseqüentemente os primeiros moldes de Redes Integradas de Saúde se formavam (TODD, 1996). Shortell (2008), a partir disso, define as RAS's como entidades responsáveis pela atenção e por implementar processos organizados de melhoria da saúde, redução dos custos e por fim, consolidação dos resultados (MENDES, 2011).

No Canadá, a proposta inovadora das Redes Integradas de Saúde foi concebida de uma forma semelhante. Por volta de 1996, estudiosos analisaram o sistema de saúde público e as políticas públicas em resposta às necessidades de informação expressas por alguns gestores do sistema de saúde e administradores em Alberta, primeiramente. Depois de muitos estudos de casos foram constatadas falhas de mesmo cunho às dos Estados Unidos e em evidência, claramente, a fragmentação do sistema (MENDES, 2011). Era preciso uma ampla integração dentro dos setores,

entre hospitais de cuidados para doenças agudas, atendimento de emergência, sistema de cuidados intensivos, atendimento à saúde mental e dependências e um sistema de cuidados contínuos, que englobava tanto atendimento domiciliar quanto cuidados de longa duração; além, de uma integração entre as comunidades, incluindo o acesso a serviços coordenados e a criação de uma infraestrutura que suportasse essa integração (CANADÁ, 2008).

Na Europa as ideias de implementação das Redes Integradas de Serviço de Saúde têm sido introduzidas gradativamente e o estudo inspirador foi o Relatório Dawson, primeiro estudo publicado no mundo sobre o tema. Lançado na época da primeira guerra mundial, relatava as experiências do médico de trabalho na organização de serviços emergências nas guerras. Bertrand Dawson, acreditava que o segredo para uma rede eficaz e eficiente era a prática tanto de ações curativas como preventivas realizadas com qualidade e economicidade (DAWSON, 1964).

Na Alemanha, por exemplo, entre 1980 e 1990 o sistema de saúde público era deficiente devidos a tamanhas pressões políticas e econômicas que permeavam o país, principalmente sobre a contenção de gastos. Até que na metade dos anos noventas houve uma sucessão de reformas organizacionais acompanhadas por novas legislações federais que deram uma nova cara à saúde Alemã, a partir da estruturação das redes de atenção à saúde (GIOVANELLA, 2011).

Na América Latina, as experiências de Redes de Atenção à saúde são embrionárias. No Chile as discussões sobre as redes são reiteradas e para Mendes (2007) são as mais sólidas da América do Sul. O Governo chileno acredita na potencialidade em que uma rede integrada de saúde pode auxiliar no desenvolvimento do país e o marco do processo de mudança – de um sistema arcaico e ineficiente para um novo e moderno – se deu no planejamento do cuidado sobre a família chilena.

Secundo o Ministério da Saúde deste país, uma rede eficiente deve abordar e ter sucesso em três aspectos: político, social e cultural. Além de promover melhores e mais justos resultados de saúde, apresenta menores custos e gera, facilmente, maior satisfação do usuário. Uma rede deve ir desde o atendimento concentrado no primeiro contato, até a orientação comunitária. Em paralelo, o Governo Chileno também acredita que os resultados não são expressos apenas na saúde dos cidadãos mas são responsáveis por inspirar a população à enfrentar problemas pessoais e da

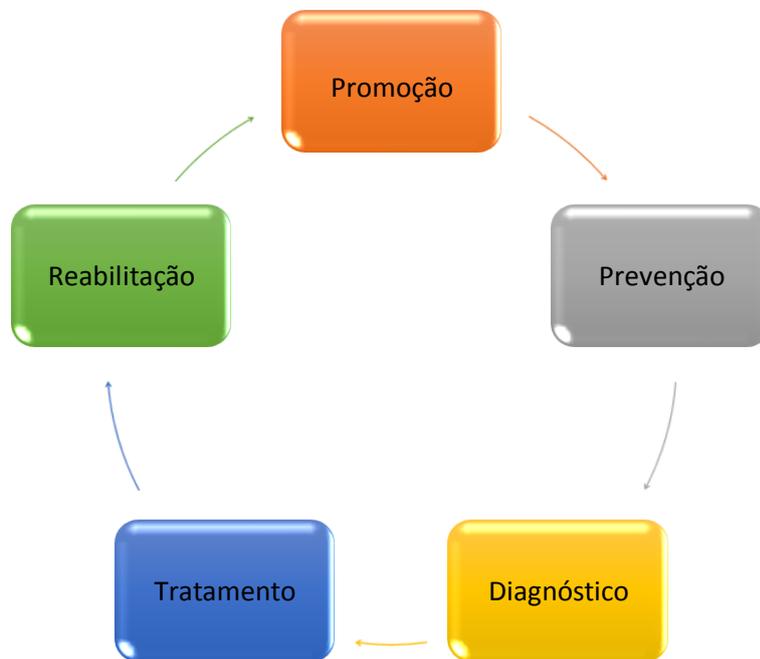
comunidade, promovendo assim o desenvolvimento do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO CHILE, 2005).

As experiências dessa nova estratégia para o setor de saúde, foram se alastrando e chegaram ao Brasil. Tais propostas de redes de serviços de saúde nasceram como soluções para uma dada crise no sistema de saúde em vigência e suas respectivas falhas, com enfoque para a fragmentação, abordada no capítulo anterior.

3.3 ELEMENTOS CONSTRUTIVOS DE UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Segundo Mendes (2009: 85), uma RAS, ou Rede Integrada de Serviço à Saúde, é constituída por três elementos: “uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde”.

Figura 3: Estrutura de uma rede integrada de saúde.



Fonte: elaborado pela autora.

A determinação da população, ou seja, para quem é o serviço prestado, é um fator essencial e de primordial conhecimento na elaboração de uma RAS. A análise do público alvo deve ser detalhada e minuciosa pois necessita-se saber para quem será destinado o serviço, para posteriormente saber como executa-lo.

Fatores como tamanho da população, quais são as maiores carências, quais são as doenças mais frequentes, o que elas precisam, a sua condição de saúde atual, suas condições de moradia e trabalho são de extrema importância para realizar um desenho eficaz de rede integrada.

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil “as RAS devem ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.” (BRASIL, 2014)

Já estrutura operacional nada mais é do que os elementos tangíveis e intangíveis, materiais e imateriais, que criam um meio de comunicação entre as pontas das redes, a fim de ofertar serviços de saúde. Cinco membros compõem uma estrutura operacional de RAS: (MENDES, 2009)

1. Atenção primária à saúde (APS),
2. Pontos de atenção secundária e terciária à saúde,
3. Sistemas de apoio,
4. Sistemas logísticos,
5. Sistemas de governança.

A atenção primária à saúde tem papel chave na estruturação de uma rede competente. Como próprio nome já diz, ela é o primeiro contato do paciente com o atendimento médico; aqui se faz os primeiros atendimentos e primeiras consultas que será a ponte para o tratamento especializado, ou seja, faz a ligação com os demais pontos da rede afim de garantir a continuidade do serviço ao paciente. A APS atua como coordenadora dos fluxos e contra-fluxos do cuidado (STARFIELD, 2002). Segundo documento da OMS:

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento. Fazem parte do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (OPAS/OMS, 1978)

Após este primeiro contato através da atenção primária, o paciente segue para um ponto de atenção secundário (hospital polo, unidade de pronto atendimento ou hospital municipal) ou terciário (hospital geral ou especializado). Servem de apoio à APS, ao passo que são dotados de alguma especialização, seja em nível ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico ou terapêutico. (BRASIL, 2014)

Os sistemas de apoio são instituições que prestam serviços a todos os demais pontos de uma rede. A rede de Farmácias Populares, em todo o Brasil são exemplos de sistemas de apoio. Podem ser classificados como sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde. A figura a seguir descreve com maiores detalhes estes três tipos de sistemas de apoio.

QUADRO 1:: exemplos de sistema de apoio

Sistemas de apoios diagnóstico e terapêutico	Sistema de assistência farmacêutica	Sistemas de informação em saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico por imagem • Medicina nuclear • Endoscopias • Hemodinâmica • Patologia clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicação (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição) • Ações assistenciais • Farmácia clínica • Farmacovigilância 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidade (SIM) • Nascidos vivos (SINASC) • Agravos de notificação compulsória (SINAN) • Informações ambulatoriais do SUS (SIA SUS) • Informações hospitalares do SUS (SIH SUS) • Atenção básica (SIAB)

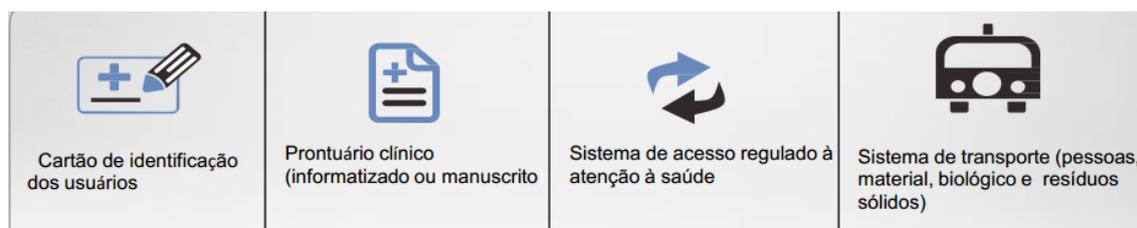
Fonte: Governo do Ceará (2014)

Os sistemas logísticos são todas as ferramentas e sistemas que oferecem maior facilidade de comunicação entre as pontas da rede e promovem a troca de

informações e o fluxo de pacientes. São componentes transversais com objetivo de realizar a comunicação entre a rede.

Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são: o cartão do usuário, o prontuário eletrônico único, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transportes sanitários.

Figura 4: Exemplos de sistemas logístico.



Fonte: Governo do Ceará (2014)

O cartão de identificação do usuário é a ficha cadastral que permite a identificação de seu portador em quaisquer pontos de atenção à saúde ou sistemas de apoio das redes de atenção à saúde, em toda a região de abrangência das redes. Pode conter um número único de cadastro ou demais informações sobre o paciente (MENDES, 2007).

O Prontuário Clínico representa uma ferramenta de centralização dos dados sobre os usuários dos sistemas de saúde, organizado a partir da identificação destes usuários. Eles devem ter a identificação da pessoa usuária, exames físicos e complementares, plano de cuidados e registro da evolução clínica, tudo visando a facilidade e clareza das informações a serem usadas. ((WHO European Office for Integrated Services, 2001 apud MENDES, 2011). Os prontuários podem ser manuscritos mas há uma necessidade em automatizar esse sistema tornando-os eletrônicos.

O sistema de acesso regulado é o instrumento usado para organizar as demandas e destina-las as devidas ofertas, ou seja, o sistema deve mapear de forma segura e clara todos os componentes necessários para o atendimento à saúde; desde o corpo de profissionais capacitados até o bom funcionamento dos estabelecimentos hospitalares e direciona-los aos pacientes (GOVERNO DE MINAS GERAIS, 2012).

O último componente dos sistemas logísticos são os sistemas de transportes sanitários. São eles os responsáveis por organizar os fluxos de pacientes transportando-os até uma unidade de saúde ou entre as unidades. Devem ter preferências pessoas incapacitadas, seja física ou economicamente, de realizar sua própria locomoção.

O quinto e último elemento estrutural de uma RAS são os sistemas de governança. Responsáveis por gerir, conduzir e fiscalizar todos os meios citados anteriormente, são instituições organizadas compostas por diferentes atores do meio da saúde. Os exemplos de sistema de governança, já citados no primeiro capítulo, são as Comissões Intergestores.

4. RAS: EXPERIÊNCIAS PIONEIRAS

Neste último item serão apresentadas algumas experiências pioneiras de estruturação de Redes de Atenção à Saúde no Brasil.

4.1 REDE CEGONHA

Em 2011 foi lançada no Brasil a Rede de Atenção à Saúde temática chamada Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da portaria 1.459, de 24 de junho de 2011. Com alcance nacional, essa estratégia do Ministério da Saúde visa enfatizar a redução da morbimortalidade materna e infantil, que embora tenha tido grandes avanços em resultados e diminuições gradativas, ainda permanece sendo um desafio em todo o país (BRASIL, 2011).

Figura5: Logomarca do Programa Rede Cegonha



Fonte: BRASIL, 2011

O programa consiste em implementar uma rede de cuidados destinados à mãe e ao bebê (até 24 meses), praticados com atenção humanizada e cuidadosa, desde o direito ao planejamento reprodutivo até a medicina pediátrica. Pretende-se, no programa, atender gestantes e as acompanhar desde o início da gravidez: ampliando o acesso aos meios de saúde e melhorando a qualidade do pré-natal, vinculando a gestante à unidade de referência, praticando as boas técnicas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha da mulher no parto e promovendo a atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e o acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Os serviços desta rede de pediatria, obstetrícia e ginecologia hoje atendem dos 26 estados mais o Distrito Federal e para participar do programa, a gestante deve fazer seu cadastro no portal do Ministério ou em qualquer posto de saúde, preenchendo uma ficha cadastral e a partir disso será encaminhada para o acompanhamento em unidades especializadas que será dividido em quatro etapas: pré-natal, parto e nascimento, puerpério¹ e atenção integral à saúde da criança, e regulação.

Todas participantes também têm acesso a cartilhas e guias sobre a gestação e primeiros cuidados do bebê. Além disso a gestante, devidamente cadastrada, que comprovar sua baixa renda ainda pode receber um auxílio de R\$50,00 para gastos com pré-natal e com transporte até uma unidade sempre que precisar e/ou Kit de, Enxoval (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha (RC) recebeu investimento inicial de nove bilhões de reais do Ministério da Saúde, em 2011, para construção e qualificação de unidades, treinamento e capacitação para os médicos, enfermeiros e parteiras e demais profissionais da saúde, bem como a criação de estruturas de assistência, como a Casa da Gestante e a Casa do Bebê, e os Centros de Parto Normal, que funcionam em conjunto com a maternidade para humanizar o nascimento (BRASIL, 2011).

A RC iniciou o atendimento às futuras mães em 2011 na Amazônia e região Nordeste, que registram a maior taxa de mortalidade infantil e materna do País, segundo IBGE. Até o segundo ano de existência do programa, em 2012, 36% das gestantes no Sistema Único de Saúde (SUS) já estavam sendo atendidas e houve queda recorde no número de mortes materna, 21% a menos comparado com o ano

¹ Puerpério: Altura que ocorre depois do parto, que compreende o período de tempo em que os órgãos genitais da mulher (e a sua condição de uma forma geral) ainda não retornaram ao normal, ao que eram antes da gravidez.

anterior. Hoje, mais de 2 milhões de gestantes são beneficiadas pela rede (BRASIL, 2011).

Para concluir o processo de acompanhamento, a Ouvidoria Geral do Ministério da Saúde procura saber como foi o atendimento recebido durante toda gestação, parto e pós-parto, ligando para essas mães avaliarem os serviços prestados (BRASIL, 2011).

4.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)

A Organização Mundial de Saúde registra em seu Relatório sobre Saúde Mental de 2011, que a saúde mental é tão importante quanto a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países. A organização também acredita que é função dos Governos agir como gestores finais da saúde e disponibilizar recursos para o tratamento destes graves tipos de doenças (OMS, 2011).

Pensando nisso, A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) nasce como uma estratégia no campo dos cuidados mentais e psicológicos. É uma rede integrada para atender as pessoas em sofrimento e/ou com demandas decorrentes dos transtornos mentais e/ou do consumo de álcool, crack e outras drogas. Foi instituída a partir da promulgação da Lei nº10.216/01, de 06 de Abril de 2011, da reforma psiquiátrica brasileira, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011).

A RAPS se compromete em promover serviços e qualidade por meio de ampliação e diversificação das ações de saúde, sendo assim, essa rede é estruturada a partir de diferentes pontos de atenção para acolher e estender o acesso à atenção psicossocial da população em geral e para promover o cuidado das pessoas com transtornos mentais ou dependência de álcool e drogas, bem como de suas famílias (BRASIL, 2011).

Segundo a OMS (Relatório Anual de Saúde, 2011) os cuidados com a saúde mental são fundamentais pois podem resultar em diminuição dos casos de dependência, e conseqüentemente a reinserção social e redução da marginalidade e criminalidade. Em tal contexto, a RAPS é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, em nível nacional (BRASIL, 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial é composta pelos seguintes elementos: 1) Atenção Básica em Saúde, 2) Atenção Psicossocial Especializada, 3) Atenção de Urgência e Emergência e Atenção Hospitalar, 4) Atenção Residencial de Caráter Transitório, 5) Estratégias de Desinstitucionalização e 6) Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica de Saúde é a primeira ponta da rede, constituída pela Unidade Básica de Saúde, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o Consultório na Rua, o Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e os Centros de Convivência e Cultura. É composta por uma equipe multiprofissional que coordena o cuidado e presta serviços de atenção à saúde articulada com os outros pontos de atenção da rede.

Dentre os pontos de Atenção Psicossocial Especializada destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com o objetivo de estimular a integração social e familiar dos usuários. Tais centros acolhem as pessoas com transtornos mentais graves e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

O CAPS tem como objetivo oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004b).

Dentro da RAPS, os pontos de atenção que são classificados como Rede de Atenção às Urgências são: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro. Estas unidades são responsáveis pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e encaminhamento delas para uma unidade especializada. A Atenção Residencial de Caráter Transitório apresenta duas modalidades: as Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial. A primeira é um ponto de atenção que funciona no período integral e oferece acompanhamento terapêutico e protetivo, disponibilizando o direito de moradia, educação e convivência familiar/social com a possibilidade de acolhimento prolongado (de até 6 meses). Já os serviços de Regime Residencial oferecem cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove (09) meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de

crack, álcool e outras drogas. Em ambos momentos o tratamento do paciente só é iniciado com seu próprio consentimento e responsabilidade.

As Estratégias de Desinstitucionalização são táticas substitutivas para dar continuidade e ênfase a todos os demais pontos dessa rede, como por exemplo o Programa de Volta para Casa (PVC) que destina-se a reabilitação e inclusão social para toda pessoa com mais de 2 anos ininterruptos de tratamento.

Na última fase da Rede se dá a consolidação da recuperação dos usuários, trata-se da Reabilitação Psicossocial onde o indivíduo volta a convivência em sociedade a partir de iniciativas de geração de trabalho e renda além de empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Quadro 2 – Componentes e pontos de atenção das RAPS

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)	
COMPONENTES	<u>PONTOS DE ATENÇÃO</u>
Atenção Básica	Unidade Básica de Saúde Equipes de Atenção Básica para Populações em Situações Específicas (equipes para consultórios na rua e equipes de apoio aos serviços do componente atenção residencial de caráter transitório) Centros de Convivência
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial
Atenção de urgência e emergência	SAMU 192 Sala de Estabilização Unidade de Pronto Atendimento Pronto-socorro Unidades Básicas de Saúde Centros de Atenção Psicossocial UPA 24h
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Serviços de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Enfermaria Especializada em Hospital Geral Serviço Hospitalar de Referência
Estratégias de Desinstitucionalização	Residências Terapêuticas Programa de Volta para Casa
Reabilitação Psicossocial	Empreendimentos solidários e cooperativas sociais

Fonte: Ministério da Saúde, 2011

Todos os componentes da Rede de Atenção Psicossocial exigem a participação de assistentes sociais, educadores físicos, enfermeiros, médicos, psicólogos e terapeutas.

Assim, entende-se que a rede deve ser um processo de cuidados como um circuito integrado (Gomes & Nobrega) a fim de tornar o paciente apto a reinserção saudável a sociedade.

4.3 PROGRAMA OLHAR BRASIL

O Programa Olhar Brasil é um exemplo de Rede Integrada de Saúde, que engloba o atendimento de oftalmologia. Foi homologado pela Secretaria de Saúde em 2007, pela Portaria Interministerial número 15, de 24 de abril.

A rede integrada é uma ação em conjunta do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, e é destinada a crianças e jovens que estão matriculados na rede pública de ensino de todo o país vinculadas ao Programa Saúde na Escola (PSE), gerido pelos Ministérios da Saúde e da Educação e/ou os alunos cadastrados no Programa Brasil Alfabetizado (PBA), voltado para a alfabetização de jovens, adultos e idosos, gerido pelo Ministério da Educação; a fim de buscar ativamente casos nas escolas públicas dos estados para identificar e tratar problemas de refração e outras doenças secundárias relacionadas à visão (BRASIL, 2007).

O Olhar Brasil surge como uma estratégia para solucionar, ou ao menos minimizar, a evasão escolar no país, já que problemas de refração contribuem para a dificuldade de aprendizagem, repetências e desistências de escolaridade, gerando conseqüentemente limitações na qualidade de vida e dificuldades de inclusão no mercado de trabalho. Segundo o Ministério da Saúde, 30% das crianças em idade escolar apresentam problemas de visão (BRASIL, 2007).

O Programa prevê o oferecimento do tratamento oftalmológico integral, a ampliação a capacitação instalada de atendimento no país, com formação de cadastro nacional de estabelecimentos privados e públicos especializados na área de oftalmologia, como objetivo identificar e corrigir problemas visuais (BRASIL, 2007).

A execução do programa tem como início as visitas médicas às escolas, de acordo com as políticas do Programa Saúde na Escola (PSE) – que se dedica a promover saúde e educação integral às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira. A partir da identificação das pessoas com problemas visuais, o passo seguinte é prestar assistência oftalmológica e caso necessário, o fornecimento de óculos. Se o médico identificar outros problemas como o estrabismo, no caso da criança, ou retinopatia diabética (lesão na retina causada pelas complicações da diabetes), em adultos, a secretaria de saúde irá encaminhá-los para receber atendimento especializado.

Para isso os estados e municípios vem recebendo, desde a implementação do programa, recursos para a realização de todas as etapas do projeto, além de treinamentos para os médicos. Para realização das consultas se investiu, inicialmente, em todo o Brasil cerca de R\$ 100 milhões, mais o financiamento do fornecimento de óculos, tratamento das doenças secundárias identificadas e de doenças da refração. Quatro anos depois o custeio de procedimentos nessa área já era de cerca de R\$ 625 milhões (BRASIL, 2007).

Em 2011, quarto ano do programa, o MS registrou a realização de 16,2 milhões de procedimentos oftalmológicos (diagnose, tratamento e cirúrgico) em todas as faixas etárias; só as cirurgias de catarata tiveram um crescimento de 22%, passando de 348.386 mil em 2010 para 426.567 em 2011. O número também cresceu entre os transplantes e das 23.397 cirurgias feitas no país em 2011, 14.838 foram de córnea – 62% do total (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde estima atender até o final de 2014, 10,5 milhões de crianças, jovens e adultos matriculados no PSE e PBA em todo o país.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo procurou realizar uma análise sobre a história do Sistema Único de Saúde do Brasil, desde seus antecessores e precedentes até sua atual conjuntura, dando ênfase para a problemática que o permeia e que pode ser considerada como uma grande causa da situação de baixa qualidade que vemos presente no SUS hoje em dia: a fragmentação do sistema.

As falhas na continuidade, na conexão e na coesão dos processos de atendimento à saúde são marcas da denominada fragmentação dos sistemas: aparelhos fragmentados procuram resolver os problemas de saúde de forma episódica e reativa, não se tem a prevenção ou o acompanhamento posterior. O resultado disso é um sistema centralizado, hierarquizado e focado nas condições agudas além de ser pouco acessível e com baixa capilaridade nos componentes do sistema, uma vez que a comunicação entre eles, é deficitária e ineficiente.

Como forma estratégia de solucionar, ou de pelo menos, minimizar os efeitos negativos da má eficácia dos sistemas fragmentados, surgiu a concepção das Redes de Atenção à saúde ou Redes Integradas de Saúde que trazem em suas diretrizes a resolução proativa e contínua, baseados em atendimentos mais humanizados e administrados por sistemas logísticos eficazes, regidos sob sistema de poliarquico, descentralizados e com participação social.

Por fim, esse estudo possibilitou o conhecimento mais aprofundado sobre possíveis estratégias e planos de ação para a fragmentação do sistema de saúde e também alguns exemplos de Redes que obtiveram sucesso e bons resultados em suas atividades. Esse entendimento corrobora com a apresentação de conceitos e exemplos de sucesso que podem ser usados para outros estudos e análises, na busca por perspectivas mais efetivas para a sociedade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGRANOFF, R. & LINDSAY, V. A. – Intergovernmental management: perspectives from human services problem solving at the local level. *PublicAdministrationReview*, 43: 227-238, 1983.
- Artaza BARRIOS, Osvaldo; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, JulioMa- nuel. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD: EL DESAFIO DE LOS HOSPITALES. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011
- Ateliê do Cuidado - VII Seminário do Projeto Integralidade: saberes e praticas do cotidiano das instituições de saúde. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (Orgs.) 1ª edição. Rio de Janeiro, Setembro de 2008.
- BARROS M., CRISTINA MARIA. Desafios dos sistemas de serviços em saúde: integração e redes no setor. Tese de doutorado. Instituição Fiocruz/UFRJ. Rio de Janeiro, Dezembro de 2010.
- BAZZOLI, G.J. et al. - A taxonomy of health networks and systems: bringing order out of chaos. *Health Services Research*, 33: 1683 -1717, 1999
- BERTOLLI, C. História da saúde pública no Brasil .São Paulo; Atica; 1996. 71 p. ilus, tab. (História em Movimento).
- BRAGA, J. C. De S. & PAULA, S. G. De. Saúde e Previdência: estudos de política social. São Paulo: Cebes/ Hucitec, 1981.
- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasil, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292p.
- BRASIL. Constituição Federal, 1988.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990..

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. Lei nº10.216, de 06 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. O SUS no seu município. Garantindo saúde para todos. Brasília, DF, 2004

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 22 fev. 2006a.

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, nov. 2008. (mimeo, p. 54.)

BRASIL. Portaria GM/MS nº 4.279, publicada no Diário Oficial de 31/12/2010

BRASIL, Ministério da Saúde, Minas Gerais. Programa Anual de Saúde de 2013. Portal do Ministério da Saúde de Minas Gerais, disponível em <http://www.portalamm.org.br/files/Sa%C3%BAde/Planejamento%20e%20Gest%C3%A3o%20do%20SUS/Programa%C3%A7%C3%A3o%20Anual%20de%20Sa%C3%BAde%202013.pdf> acessado em 18 de outubro de 2014.

BRASIL. Decreto nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923 – Lei Eloy Chaves. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>> . Acesso em: 21 de julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Rede Cegonha, 2011. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php Acessado em 01 de outubro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-251.htm>. Acesso em: 5 out. 2014.

BRASIL. Programa Anual de Saúde de 2013. Portal do Ministério da Saúde de Minas Gerais, disponível em <http://www.portalamm.org.br/files/Sa%C3%BAdede/Planejamento%20e%20Gest%C3%A3o%20do%20SUS/Programa%C3%A7%C3%A3o%20Anual%20de%20Sa%C3%BAdede%202013.pdf> acessado em 18 de outubro de 2014. CARVALHO, Gilson C. Marques. O momento atual do SUS... a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Saúde soc. vol.2 no.1 São Paulo 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901993000100003&lng=en&nrm=i&tlng=pt> Acesso em 22 de Agosto de 2014

CASTELLS M. A sociedade em rede. 10ª ed. São Paulo:

CONILL, E. M. Epidemiologia e Sistemas de Saúde. In: Curso de Especialização a Distância em Direito Sanitário para Membros do Ministério Público e da Magistratura Federal. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). Nota Técnica n. 13/06. Para entender o Pacto pela Saúde 2006 – Financiamento. Portaria 698/GM de 30/03/2006. Volume IV [Internet]. Brasília (Brasil): CONASS; 2006. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT%2013-06.pdf> Acessado em 29 de Outubro de 2014

CORDEIRO, H. O Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.

COSTA, N. R. Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

CRISTINA BERGER C., SCHNEIDER L., MOIMAZ S., SALIBA N. - Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das

- ações e serviços em saúde no Brasil. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, Março/Abril 2009
- ESCOREL, S. Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- ESCOREL, S. Saúde pública: utopia de Brasil rio de Janeiro; RelumeDumará; 2000.
- FARIA, T. W. Dilemas e Consensos: a seguridade social brasileira na Assembléia Nacional Constituinte de 1987/88 – um estudo das micro-relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: IMS / Uerj, 1997.
- FERNADEZ JMD. Los sistemas integrados de salud: un modelo para avanzar tras completar la transferencias. Barcelona: B & F Gestión y Salud; 2004.
- FERNANDEZ JMD. Los sistemas integrados de salud: un modelo para avanzar tras completar la transferencias. Barcelona: B & F Gestión y Salud; 2004.
- FLEURY S, OUVENEY AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007
- GIOVANELLA L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, núm. 1, marzo, 2011, pp. 1081-1096, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Brasil
- GOMES VIEIRA N. E NÓBREGA S. - A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. Estudos de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, 2004
- GOMES, A. de C. Regionalização e Centralização Política: partidos e constituinte nos anos 30. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- GOMES, R. da S.; PINHEIRO, R. GUIZARDI, F. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC, 2005. p. 105-116.

- HOCHMAN, A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil - Saúde em Debate. Editora Hucitec, 1998
- IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil /IBGE, Departamento da População e Indicadores Sociais,- Rio de Janeiro, 1999.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção da saúde. Rio de Janeiro: IBGE; 2010
- LABRA, M. E. O Movimento Sanitarista dos anos 20: da conexão sanitária internacional à especialidade em saúde pública no Brasil. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, 1985.
- Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990..
- LIMA, N. T. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Organizado por Nísia Trindade Lima, Sílvia Gerschman e Flávio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-americana de Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.). Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Opas/ Fiocruz, 2002.
- MAIA M. B. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 189 p.
- MAIA, M. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethosprofissional.. Rio de Janeiro: editora fiocruz; 2010. 189 p.
- MATTOS R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco; 2006. p. 39-64.

- MENDES, E. V. (Org.). Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, E. V. O dilema fragmentação ou integração dos sistemas de serviços de saúde: por sistemas integrados de serviços de saúde. In: Mendes, E. V. Os grandes dilemas do SUS. Tomo 2. Casa da Qualidade Editora, Salvador, 2001.
- Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo & TEIXEIRA, Sônia M. F. Teixeira.
- OLIVEIRA, Jaime Antonio de; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury . (Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985. 356p
- ONOCKO-CAMPOS R., FURTADO J. - Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, maio, 2006
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo 2001 – saúde mental: nova concepção, nova esperança. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2001.
- POLDONY, J. M. & PAGE, K. L. – Network forms of organization. Annual Review of Sociology, 24: 57-76, 1998
- ROSEN, R. & HAM, C. – Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia: informe del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Bannister. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada, 1: 2, 2008.
- SCHNEIDER A., PERALTA J., BOTH V., BRUTSCHER V. - Centro de Educação e Assessoramento Popular. Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade? / CEAP. - 2. ed. - Passo Fundo : IFIBE, 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA. O papel dos sistemas logísticos na construção das redes de Atenção à saúde do município de Uberlândia disponível em <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/192.pdf> , acessado em 03 de Novembro de 2014.

SHORTELL, S.M. et al. - Creating organized delivery systems: the barriers and facilitators. *Hosp. Health Serv. Adm.*, 38: 447 -466, 1993.

SILVA SF, organizador. *Redes de Atenção à Saúde no SUS*. Campinas: Idisa/Conasems; 2008.

SILVA SF. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em Debate* 2009; 33(81):38-46.

SOUZA, EdnirAssis.- *A construção da integralidade a partir de práticas de equipes de saúde da família no pré-natal – Universidade Federal da Bahia* 2006.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TODD, W.E. – *Strategicalliances*. In: TODD, W.E. & NASH, D. (Editors) – *Disease management: a systems approach to improving patient outcomes*. Chicago, American Hospital Publishing Inc., 1996.

VASCONCELOS, C. M. & Pasche, D. F. (2006). *O Sistema Único de Saúde*. In G. W. S. CAMPOS et.al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.