

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

JOSENEY RAIMUNDO PIRES DOS SANTOS

**OS DESAFIOS DA CONFORMAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO  
BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Helena Eri Shimizu

Brasília

2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de  
Brasília. Acervo 1006253.

Santos, Joseney Raimundo Pires dos.  
S237d Os desafios da conformação das redes de atenção à  
saúde no Brasil / Joseney Raimundo Pires dos Santos. --  
2013.  
155 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília,  
Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação  
em Ciências da Saúde, 2013.  
Inclui bibliografia.  
Orientação: Helena Eri Shimizu.

1. Saúde pública - Brasil. 2. Sistema Único de Saúde.  
3. Serviços de saúde pública. I. Shimizu, Helena Eri.  
II. Título.

CDU 614(81)

JOSENEY RAIMUNDO PIRES DOS SANTOS

**OS DESAFIOS DA CONFORMAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO  
BRASIL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovado em 01 de março de 2013.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helena Eri Shimizu  
(Faculdade de Ciências da Saúde – FS/UnB)  
(Presidente)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Daphne Rattner  
(Faculdade de Ciências da Saúde – FS/UnB)  
(Membro Efetivo)

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Eliana Goldfarb Cyrino  
(Faculdade de Medicina de Botucatu – FMB/UNESP)  
(Membro Efetivo)

Dedicado a todos os trabalhadores de saúde, heróis anônimos de uma luta silenciosa e sem reconhecimento em prol de mitigar a dor e o sofrimento humano. Eles renovam todos os dias a minha fé nos homens.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha orientadora, Professora Doutora Helena Eri Shimizu, por seu grande empenho e paciência. Muito obrigado por tudo.

A minha esposa Setsuko pelo amor incondicional, infindável paciência, anos de companheirismo e sonhos compartilhados.

Aos meus pais Neuza Célia e José, por seu amor e apoio por toda a vida.

Aos amigos Célio Pereira (*in memoriam*), Sergio Schierholt e Déo Ramos, pelo incentivo e amizade que me ajudaram nessa travessia.

Ao Doutor Roberto Padilha, diretor de ensino do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, pelo incentivo a este trabalho.

Ao Adail Rollo, pela amizade e por colocar sua biblioteca à minha disposição.

Ao Fernando Cunha, pela ajuda com os instrumentos de coleta de dados.

Ao Pedro Ferreira, pela força com a transcrição das entrevistas.

Aos entrevistados, pela generosa contribuição com seu conhecimento e sua história com o SUS.

A todos os que responderam aos questionários desta pesquisa.

A todas as pessoas do meu convívio que acreditaram e contribuíram, mesmo que indiretamente, para a conclusão deste curso.

É preciso estar pronto para acolher cada momento do discurso em sua irrupção de acontecimento, nessa pontualidade em que aparece e nessa dispersão temporal que lhe permite ser repetido, sabido, esquecido, transformado, apagado até nos menores traços, escondido bem longe de todos os olhares, na poeira dos livros. Não é preciso remeter o discurso à longínqua presença da origem; é preciso tratá-lo no jogo de sua instância.

(Michel Foucault. A Arqueologia do Saber, 2005).

## RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar as percepções de formuladores da política nacional de saúde e de gestores e gerentes do SUS sobre Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Realizou-se um estudo quali-quantitativo. Na primeira etapa da pesquisa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com sete formuladores de política nacional de saúde, com experiência em gestão de redes de atenção à saúde, sobre a percepção do desenvolvimento das redes regionalizadas. E, na segunda etapa da pesquisa, aplicaram-se questionários a setenta e dois gestores e gerentes do SUS que versava sobre a organização e funcionamento das redes de atenção à saúde no SUS. A análise das entrevistas foi feita com auxílio do *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE), e identificados três eixos temáticos: A fragmentação do SUS dificulta o direito à saúde, O Estado na conformação das redes SUS e Redes e a integralidade. Na percepção dos formuladores de política de saúde existe um contexto que coloca de um lado, as redes, ligadas à integralidade, e de outro, o Estado, sua política, seus estatutos de operação, legitimação e poder. Constatou-se um distanciamento entre o Estado e o direito social à saúde, colocados em polos opostos no discurso dos sujeitos. A análise dos questionários revelou fragilidades na estrutura e funcionamento das redes de atenção do SUS, como dificuldades no acesso a internação e procedimentos especializados, deficiência na articulação e comunicação entre os pontos da rede. Os resultados indicam que o SUS é um sistema fragmentado. O estágio do desenvolvimento das redes de atenção ainda é incipiente, o que dificulta o alcance da integralidade do cuidado. A regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, contendo as diretrizes para a organização das redes pode fortalecer a regionalização.

**Palavras-chave:** Redes de Atenção à Saúde; Regionalização; Assistência integral à saúde; Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

This study sought to analyze the perceptions of national healthcare policy makers and the managers and directors of SUS (Sistema Único de Saúde - Unified Healthcare System) regarding Healthcare Networks in Brazil. Both qualitative and quantitative research was undertaken. The first stage of research consisted of semi-structured interviews with seven national healthcare policymakers with expertise in managing healthcare networks, regarding their viewpoints on the development of regionalized networks and, in the second stage of the study, questionnaires were filled out by seventy-two managers and directors of SUS regarding the organization and operation of the healthcare networks of in the SUS. An analysis of the interviews was performed using *Analyse d'un Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE) software, and three main topics were identified: the fragmentation of the SUS hinders the right to healthcare, as well as hindering the state in the creation of the SUS networks, and comprehensiveness likewise. From the point of view of policymakers, healthcare exists within a context that pits, on the one hand, the networks, linked to comprehensiveness, and, on the other hand, the State, its politics, its *modus operandi*, legitimation, and power. A gap was apparent between the State and Society's right to healthcare, placed at opposite poles by these individuals.

The analysis of the questionnaires revealed weaknesses in the structure and operation of the SUS healthcare networks, such as difficulties in access to hospitalization and specialized procedures, and dysfunctions in coordination and communication between the different points of the network. The results indicate that the SUS is a fragmented system. The stage of development of the healthcare networks is still incipient, which hinders the achievement of comprehensive healthcare. Regulating the Health Law, which contains the guidelines for the organization of networks, can strengthen regionalization.

**Keywords:** Healthcare Networks; Regional health planning; Comprehensive health care; Unified Healthcare System.



## LISTA DE FIGURAS E ANEXOS

FIGURA 1 – Esquema de Organização de Serviços apresentado no Relatório Dawson

FIGURA 2 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.

FIGURA 3 – Dendograma com a classificação hierárquica descendente das classes estáveis – Percepção pelos formuladores de política de saúde sobre redes regionalizadas de atenção à saúde, 2011.

FIGURA 4 – Análise fatorial das correspondências em correlações. Percepções sobre redes regionalizadas de atenção à saúde.

ANEXO A – Roteiro de entrevistas

ANEXO B – Questionário sobre a estrutura e funcionamento das Redes do SUS

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

ANEXO D – Autorização do Ministério da Saúde para realização da pesquisa.

ANEXO E – Declaração do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa como instituição coparticipante.

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Características socioprofissionais dos participantes da pesquisa “Redes de atenção à saúde no Brasil”. Brasília, 2012.

Tabela 2 – Componentes do conceito de rede de atenção à saúde na percepção dos gestores e gerentes do SUS entrevistados. Brasília, 2012.

Tabela 3 – Serviços de saúde que integram uma rede na percepção dos gestores e gerentes do SUS participantes da pesquisa “Redes de atenção à saúde no Brasil”. Brasília, 2012

Tabela 4 – Características de um sistema de saúde fragmentado na percepção dos gestores e gerentes do SUS participantes da pesquisa “Redes de atenção à saúde no Brasil. Brasília, 2012

Tabela 5 – Dificuldades para o acesso à serviços de saúde de referência na percepção dos gestores e gerentes do SUS participantes da pesquisa “Redes de atenção à saúde no Brasil. Brasília, 2012

Tabela 6 – Motivos de recusa de atendimento nos serviços de referência, na percepção dos gestores e gerentes do SUS participantes da pesquisa “Redes de atenção à saúde no Brasil”. Brasília, 2012

Tabela 7 – Porta de entrada para o SUS na percepção dos gestores e gerentes participantes da pesquisa “Redes de atenção à saúde no Brasil”. Brasília, 2012.

Tabela 8 – Meios de comunicação empregados rotineiramente para o encaminhamento de usuários aos serviços de referência, na percepção dos gestores e gerentes do SUS participantes da pesquisa “Redes de atenção à saúde no Brasil”. Brasília, 2012.

Tabela 9 – Periodicidade de envio das informações para continuidade do cuidado (contra-referência) pelos hospitais e serviços especializados aos serviços de origem dos usuários, na percepção dos gestores e gerentes do SUS participantes da pesquisa “Redes de atenção à saúde no Brasil”. Brasília, 2012.

Tabela 10 – Avaliação da comunicação entre os serviços da rede SUS na percepção dos gestores e gerentes do SUS participantes da pesquisa “Redes de atenção à saúde no Brasil”. Brasília, 2012.

Tabela 11 – Relacionamento entre os gestores da rede SUS na percepção dos gestores e gerentes do SUS participantes da pesquisa “Redes de atenção à saúde no Brasil”. Brasília, 2012

Tabela 12 – Estágio do desenvolvimento das redes no SUS na percepção dos gestores e gerentes do SUS participantes da pesquisa “Redes de atenção à saúde no Brasil”. Brasília, 2012

Tabela 13 – Elementos essenciais da rede de saúde na percepção dos gestores e gerentes do SUS participantes da pesquisa “Redes de atenção à saúde no Brasil”. Brasília, 2012.

Tabela 14 – Instância de Governança das redes do SUS na percepção dos gestores e gerentes do SUS participantes da pesquisa “Redes de atenção à saúde no Brasil”. Brasília, 2012

Tabela 15 – Principais dificuldades para a consolidação das redes no SUS na percepção dos gestores e gerentes do SUS participantes da pesquisa “Redes de atenção à saúde no Brasil”. Brasília, 2012

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ALCESTE** – *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*

**APS** – Atenção Primária à Saúde

**CGR** – Colegiado de Gestão Regional

**CIB** – Comissão Intergestores Bipartite

**CIR** – Comissão Intergestores Regional

**CIT** – Comissão Intergestores Tripartite

**COAP** – Contrato Organizativo de Ação Pública

**CONASS** – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

**CONASEMS** – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

**DAB** – Departamento de Atenção Básica

**FPS** – Formuladores de Política de Saúde

**IDS** – *Integrated Delivery Systems*

**MS** – Ministério da Saúde

**NHS** – *National Health Service* (Inglaterra)

**NOAS** – Norma Operacional de Assistência à Saúde

**NOB** – Norma Operacional Básica

**OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PAI** – Plano de Atenção Integral

**PIB** – Produto Interno Bruto

**PPA** – Plano Plurianual

**PPI** – Programação Pactuada e Integrada

**RAS** – Redes de Atenção à Saúde

**SAS** – Secretaria de Atenção à Saúde

**SES** – Secretaria Estadual de Saúde

**SILOS** – Sistemas Locais de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**UPA** – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>CAPÍTULO 1 – CONSTITUIÇÃO E EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO À SAUDE: AVANÇANDO PARA A GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAUDE</b> .....	<b>19</b>
1.1- Integralidade da atenção à saúde.....	19
1.2- A fragmentação dos sistemas de saúde e o SUS.....	25
1.3- Sistemas integrados de saúde e Redes de atenção à saúde.....	34
1.3.1- O que são redes?.....	35
1.3.2- Construindo as redes de atenção à saúde.....	39
1.3.3- Redes de atenção à saúde.....	47
1.3.4- Redes Regionalizadas e Descentralizadas de Atenção à saúde no Brasil.....	49
<b>CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA</b> .....	<b>57</b>
2.1 - Tipo de estudo e referencial teórico-metodológico.....	57
2.2- As entrevistas semiestruturadas.....	57
2.3 - Análise dos dados das entrevistas.....	59
2.4 – O programa ALCESTE.....	59
2.5 – Os questionários.....	61
2.6 – Considerações éticas.....	61
<b>CAPÍTULO 3 – RESULTADOS DAS ENTREVISTAS</b> .....	<b>62</b>
3.1 – Resultado da análise das Entrevistas.....	62
Eixo I – A fragmentação do SUS dificulta o direito à saúde.....	64
Eixo II – O Estado na conformação da Rede SUS.....	70
Eixo III – Redes e a integralidade.....	80
<b>CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS</b> .....	<b>86</b>
Eixo I – A fragmentação do SUS dificulta o direito à saúde.....	86
Eixo II – O Estado na conformação da Rede SUS.....	95
Eixo III – Redes e a integralidade.....	99
<b>CAPÍTULO 5 – RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS</b> .....	<b>105</b>
<b>CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO DOS QUESTIONÁRIOS</b> .....	<b>118</b>
<b>CAPÍTULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>125</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>128</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>148</b>

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um dos melhores sistemas sanitários existentes. No entanto necessita superar desafios para sua preservação como inestimável patrimônio humano de redistribuição de riquezas e inclusão social dos brasileiros. É um sistema de grande impacto social, porém subfinanciado e com baixa resposta ao perfil sanitário atual, no qual se juntam o envelhecimento da população, o predomínio das condições crônicas e a epidemia de causas externas (Schramm et al., 2004; Mendes, 2012).

As dificuldades para o atendimento nos serviços são cotidianas, causando sofrimento humano e perda de vidas. As denúncias de ineficiência e desperdício abalam a credibilidade e o apoio da sociedade, e reforçam os argumentos dos que tem interesses contrários à sua manutenção.

A razão desses constrangimentos reside no divórcio entre uma situação epidemiológica em que predominam as doenças crônicas, em convivência com doenças infecciosas e causas externas, em um sistema de atenção fragmentado, voltado para a atenção às condições agudas. Os casos que logram ser atendidos, na maioria das vezes são agudos ou crônicos agudizados, sem que haja a garantia da continuidade do cuidado, impedindo o alcance da equidade e da integralidade.

A incoerência entre a situação de saúde e o sistema fragmentado de atenção à saúde configura a crise fundamental da saúde no país. Uma das possibilidades de superar essa crise consiste na substituição do sistema fragmentado por Redes de Atenção à Saúde. Neste trabalho, a temática das redes é estudada em uma abordagem qualitativa, buscando-se a percepção de sujeitos formuladores de políticas de saúde (FPS), observadores privilegiados da evolução do SUS desde a sua criação.

O interesse por este tema surgiu da inquietação experimentada ao longo de trinta anos de atuação profissional na rede pública de saúde. Na condição de médico clínico e sanitarista, algumas questões relativas à gestão da saúde brasileira despertam meu interesse, em especial os processos de construção da plena cidadania a partir da resposta dada pela ação do Estado. Quais as possibilidades para o alcance da integralidade e equidade para um cidadão que mora na Amazônia

ou Região Nordeste? Por que, apesar de estar contido na constituição brasileira, ainda não conseguimos ter a saúde que queremos e temos direito?

A intenção deste estudo foi procurar o entendimento ampliado sobre o modo como as redes regionalizadas de atenção à saúde vêm se conformando ao longo da existência do SUS e quais os elementos levados em conta na sua formulação e implementação. As respostas obtidas, que considero de natureza exploratória, contidas ao longo desta pesquisa, não me trouxeram indicações definitivas; antes retornaram em um aprofundamento de reflexões, explicações ou indicativos de respostas, que poderão contribuir para novas trilhas do debate e saberes nesse campo de conhecimento.

Justifica-se este estudo pelos seguintes motivos: a capacidade das redes de atenção a saúde de conferir sustentabilidade econômica ao SUS; de enfrentar o atual perfil epidemiológico brasileiro decorrente da mudança demográfica pelo aumento do envelhecimento da população e a tripla carga das doenças (constituída pelo predomínio das doenças crônicas, persistência de algumas doenças infecciosas e o crescimento das causas externas); e possibilitar o alcance da integralidade do cuidado.

A partir de meados dos anos 70 e, principalmente, nos anos 80, grandes reformas sanitárias e políticas foram realizadas em vários países. Em geral, buscaram-se as causas dessas mudanças no custo, na grandeza e na complexidade que o setor público alcançou com o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social (*welfare state*), construído nos países da Europa Ocidental durante o período de crescimento e expansão capitalista no pós-guerra – 1945 a 1973. Em geral, as reformas eram baseadas nas mesmas premissas de controle do déficit público e gasto sanitário. Essas reformas tinham como ideias principais a expansão da economia de mercado, privatização dos serviços públicos, limitação dos gastos sociais, democratização e descentralização dos processos políticos e administrativos. Os objetivos básicos eram a busca da eficiência e da imparcialidade, assim como a redução dos compromissos do estado de bem-estar social. Entretanto, as reformas variaram amplamente nos diferentes países tanto em termos de abrangência quanto em profundidade das mudanças realizadas, porém com predomínio da ideia de competição no setor sanitário, a partir da experiência



americana formulada no final dos anos 70 – a *managed competition* ou “competição administrada” (Enthoven, 1988).

A partir da década de 80, esse modelo foi adotado pelos países europeus adquirindo várias releituras e interpretações, tais como, o “mercado interno” das propostas denominadas *Working for Patients*, no Reino Unido em 1989; a “competição pública”, na Suécia, no final dos anos 80; o Relatório Dekker, na Holanda, em 1987; medidas de contenção de custos na Alemanha, nos meados de 80; a reforma do sistema sanitário na Nova Zelândia, em 1993; propostas de “reformas da reforma” na Itália, em 1992 e na Espanha, em 1991. (Almeida, 1995). Esse contexto desencadeou mudanças e inovações na atenção à saúde, em um ambiente carregado de incertezas e turbulências para o desenvolvimento e gestão dos serviços (Costa e Silva, 2004).

Enquanto isso, no Brasil, em meio às ideias neoliberais que pregavam um Estado “enxuto”, desponta a defesa dos cuidados integrais, contida na proposta da construção de um Sistema Único que contemplasse as ações de saúde de forma integrada e articulada entre os diferentes níveis do sistema (Mattos, 2001; Mendes, 2002; Sá, 2003). É importante referir que o SUS tem como princípios a universalidade, a equidade, a integralidade e o controle social, e, como diretrizes organizativas a descentralização e a regionalização, todos consagrados na Constituição Federal de 1988.

Um importante marco na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) foi a ampliação da concepção de saúde, até então entendida com a ausência de doença. O processo saúde-doença passou a ser compreendido como produto e produtor de uma complexa rede de produção social composta de múltiplos fatores. Além desta noção ampliada de saúde, doravante afirmada como direito, foi proposta uma nova forma de atenção e gestão: um sistema de saúde integrado, unificado, universal, integral e articulado em redes regionalizadas e descentralizadas (Brasil, 2009a).

Vale ressaltar que o termo integração é costumeiramente utilizado na área de planejamento e gestão de serviços de saúde, quando o foco é a gestão, enquanto que integralidade é mais empregado quando o foco é a atenção à saúde (Costa e Silva et al., 2007). Integração significa coordenação e cooperação entre provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde, através da conformação de uma rede de serviços mais estruturada de forma a racionalizar e,

ao mesmo tempo, maximizar as possibilidades de atendimento. A integralidade da atenção está baseada nas ações de promoção, na garantia de atenção nos três níveis de complexidade, na articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação e na abordagem integral dos indivíduos e das famílias (Giovannella et al., 2002).

Desta forma, o conceito de integralidade está intimamente relacionado à efetivação de uma rede integrada de serviços de saúde. A construção de redes tornou-se desse modo uma estratégia indispensável que permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença (Brasil, 2009a), em contraposição a um conjunto fragmentado de serviços, programas, ações, e práticas clínicas decorrentes do processo da descentralização municipalista do SUS.

Por toda a década de 1990, a política de saúde avançou no sentido da descentralização municipalista, com a habilitação de quase 99% dos municípios (Brasil, 2001). Entretanto, não houve avanço no processo de construção de redes de saúde para a necessária regionalização da política.

Somente a partir da Norma Operacional da Atenção à Saúde - NOAS 2001 – iniciou-se o processo de regionalização. Com características continentais, composta por uma extrema heterogeneidade no porte e nos recursos municipais, a regionalização no Brasil mostra-se inconclusa e tardia. De sua implementação dependerá o grau de alcance do princípio legal da integralidade na saúde.

Nessa perspectiva, apesar das proposições e arranjos institucionais colocados desde a NOAS 2001, e no Pacto pela Saúde 2006, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), no Brasil, ainda estão em estágio incipiente. Para a superação dessa situação, existem várias iniciativas em curso, algumas mais recentes, que constituem oportunidades para proporcionar a necessária regionalização no país visando o alcance dos princípios do SUS, em especial a integralidade.

No entanto, deve-se ressaltar que a construção de redes de saúde em regiões de um país de dimensões continentais é desafiador. O conhecimento das percepções sobre as redes por atores relevantes pode contribuir para o aperfeiçoamento da política de regionalização da saúde no Brasil.

Esta dissertação está composta por sete capítulos. O primeiro capítulo aborda o marco teórico conceitual sobre a constituição e evolução da atenção à saúde. É apresentado o princípio da integralidade; a fragmentação dos sistemas de saúde e

suas repercussões; a estratégia das redes de atenção à saúde na conformação de sistemas integrados; um breve histórico sobre o desenvolvimento das redes de atenção à saúde no mundo e a trajetória da formação das redes regionalizadas e descentralizadas no Brasil. O segundo capítulo trata da metodologia empregada neste trabalho, com definição dos procedimentos utilizados para a coleta e análise dos dados. No terceiro capítulo, relativo à primeira etapa da pesquisa, são apresentados os resultados das entrevistas, discutidas no quarto capítulo. No quinto e sexto capítulo apresenta-se os resultados e as discussões dos questionários que integram a segunda etapa da pesquisa. No sétimo e último capítulo são feitas as considerações finais.

A presente pesquisa tem como objetivo geral analisar o processo de formação das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde no Brasil, destacando as suas fragilidades e potencialidades. São objetivos específicos: 1. Identificar a percepção dos Formuladores de Políticas de Saúde (FPS) no Brasil acerca das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde; 2. Verificar a percepção dos gestores e gerentes do SUS acerca da conformação das Redes Regionalizadas de Atenção; 3. Destacar as fragilidades e potencialidades para a formação das Redes Regionalizadas de Atenção.

## **CAPÍTULO 1 – CONSTITUIÇÃO E EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: AVANÇANDO PARA A GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

### **1.1-A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO**

A integralidade da atenção à saúde é um dos princípios fundamentais de vários sistemas de saúde de diversos países sem, no entanto, existir uma clareza conceitual na literatura sobre esse princípio e, em muitos países, não se consegue operacionalizá-lo de forma satisfatória.

O termo integralidade, tal qual definida nos dicionários vem do termo integrar, tornar inteiro, completar, tornar-se parte integrante, reunião de todas as partes que formam um todo (Dicionário Houaiss da língua portuguesa, 2001). De acordo com esses significados, a integralidade acontece quando se é capaz de ampliar a visão sobre a parte, buscando integrar outras partes afins em direção a um todo (Ferreira, 1999; Sá, 2003). Portanto, a integralidade estaria relacionada com a visão integral do profissional de saúde em relação ao usuário do serviço.

Ao realizar extensa revisão sobre o assunto, Kehrig (2001:36) observa que o conceito de integralidade remonta do final do século XVIII e início do XIX, no cenário europeu, “com as políticas de intervenções coletivas que buscavam a manutenção e o controle das condições de vida e saúde da população”. Porém, nos séculos XX e XXI este termo esteve presente em diversos outros momentos do desenvolvimento de sistemas de saúde nacionais e internacionais (Kehrig, 2001). Reflexões sobre os problemas de saúde pública da Europa e dos Estados Unidos trouxeram propostas de organização dos serviços de saúde e reformulações do currículo médico.

Essa abordagem integral possui como representante histórico mais significativo a Medicina Integral, que foi um movimento surgido nos Estados Unidos da América, na década de 1950, em resposta à fragmentação da formação médica, caracterizada como modelo flexneriano, desenvolvido na década de 1910 (Sá, 2003). Essa fragmentação era originada pelo enfoque na especialização e na assistência médica, dificultando a apreensão das necessidades mais amplas dos pacientes. Mendes (1995) conceitua esse modelo flexneriano como "medicina

científica", pois esse relatório foi um dos principais instrumentos de consolidação dos seus elementos estruturais: mecanicismo, biologicismo, individualismo, especialização, exclusão de práticas alternativas, tecnificação do ato médico e ênfase na ação curativa. Tal movimento gerou, entre outras coisas, o culto à doença e a devoção à tecnologia. Para o autor, o sucesso do Relatório Flexner (1910), deveu-se a um contexto de associação entre o grande capital, a corporação médica e as universidades; aos investimentos maciços de recursos financeiros pelas fundações americanas na sua implementação; e à tomada da Associação Médica Americana pelos médicos cientistas.

A medicina integral propôs reformas curriculares capazes de formar médicos com atitudes menos reducionistas ou fragmentárias; que fossem capazes de apreender seus pacientes de modo mais integral para melhor atender às necessidades da população. Enfatizava o ensino nos ambulatórios e nas comunidades, lugares que, ao contrário do ambiente hospitalar, possibilitariam o conhecimento do contexto de vida do usuário, aproximando o aluno de uma visão mais integral do indivíduo e de suas condições de vida. Portanto, para a medicina integral, a integralidade estaria relacionada com a atitude dos médicos, atitude essa que deveria ser "produzida" nas escolas médicas. Relacionava-se, deste modo, com a boa medicina, ou melhor, com a boa prática médica (Mattos, 2001).

Em resposta ao Relatório Flexner surgem, na Europa, outras posições que defendem uma visão integral do ser humano, tais como a publicação, na Inglaterra, em 1911, do primeiro livro sobre Patologia Social; a incorporação neste país de médicos generalistas que utilizavam inclusive prontuários contínuos; e o desenvolvimento de estudos sobre Medicina Social na Europa Oriental e Central (Castro, 1991). Em 1920, foi publicado, na Inglaterra, o Relatório Dawson considerado como um esboço da institucionalização da integralidade nas ações em saúde. Explicita, pela primeira vez, formas de organizar o alcance de serviços de saúde para toda a população de uma dada região. Cada território deveria possuir uma organização de serviços para atenção integral à população, formada por serviços "domiciliares" que eram apoiados por centros de saúde primários, laboratórios, radiologia e acomodação para internação. Seriam responsáveis por esse serviço os médicos clínicos generalistas que já trabalhavam de forma autônoma e/ou contratados pelo sistema de seguro social. Suas recomendações

evidenciam uma opção mais coletiva objetivando a saúde da população como um todo, tais como: organização dos serviços de saúde em função das necessidades da comunidade; integração da medicina preventiva e curativa; a integralidade da atenção; ênfase no trabalho conjunto e integrado em detrimento das ações individuais; adequação da oferta do conhecimento médico à população; valorização do médico generalista na organização dos serviços; territorialização; a porta de entrada na atenção primária à saúde, a atenção secundária prestada em unidade ambulatorial e a atenção terciária nos hospitais (Dawson, 1964).

Por sua abrangência e profundidade, ainda hoje, a leitura do relatório Dawson surpreende. Apesar da sua importância e ser considerada a primeira descrição completa de uma rede regionalizada de saúde, sofre resistências por parte dos médicos por contrariar sua autonomia, uma vez que a proposta limita as suas atividades aos procedimentos recomendados pelos sistemas de saúde. Ao contrário, o modelo flexneriano, estimula a autonomia, a individualidade e a relação absoluta e direta entre o médico e sua clientela, sem intermediação do governo (Novaes, 1990; Kuschnir; Chorny, 2010).

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 sanitário. 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 (Mattos, 2001; Sá, 2003).

As discussões da integralidade da atenção no Brasil surgem 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.

No contexto mundial, na década de oitenta, grandes reformas sanitárias e políticas foram realizadas em vários países. Tais reformas caracterizam-se pela expansão da economia de mercado, privatização dos serviços públicos, limitação dos gastos sociais, democratização e descentralização dos processos políticos e administrativos (Sá, 2003).

Nessa década, no Brasil, debates importantes foram travados no campo da saúde coletiva e da medicina comunitária em busca de valores a serem sustentados pelos profissionais de saúde em termos de suas práticas, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram (Mattos, 2001). Nesse contexto a integralidade surge como um diferencial em meio às ideias neoliberais que pregavam um Estado “enxuto” em quase todo o mundo capitalista. Fortaleceu-se a proposta da construção de um Sistema Único de Saúde que contemplasse as ações de saúde de forma integrada e articulada entre os diferentes níveis do sistema (Mattos, 2001; Mendes, 2002; Sá, 2003).

A integralidade, no Brasil, é uma diretriz do SUS descrita no artigo 198 da Constituição Federal e especificada em diversas passagens da Lei 8.080/90.

Art.198: 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 (Brasil, 1988).

Lei 8080/90: Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 1990).

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 abertas à assimilação de necessidades que não estavam “previstas” na organização das práticas; e à formulação de respostas

governamentais a certos grupos ou problemas de saúde específicos, envolvendo ações preventivas e também assistenciais.

No Brasil, a integralidade da atenção está baseada na primazia das ações de promoção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; abordagem integral dos indivíduos e das famílias (Giovannella et al., 2002). Esses autores elaboraram conceitos de integralidade associado à gestão de sistemas de atenção à saúde, compostos por quatro dimensões que permitiriam o desenvolvimento de critérios operativos de avaliação:

Primazia das ações de promoção e prevenção, uma vez que a gestão do sistema deveria ser orientada para a valorização dos determinantes gerais/sociais das condições de saúde. Esse conceito extrapola a atuação setorial e encontra solo fértil na intersectorialidade;

Articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação através de uma integração organizacional e programática entre os setores de assistência individual e os setores de ações coletivas;

Garantia de atenção em todos os níveis de diferentes densidades tecnológicas da assistência à saúde (plano sistêmico);

Abordagem integral dos indivíduos e famílias considerando-se, além das questões biológicas, também suas dimensões psico-afetivas e sociais (plano individual).

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).



De acordo com Mattos (2001), devemos perceber a integralidade como uma característica ampla e rica em diferentes sentidos. O primeiro sentido se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde, sendo valores ligados ao que se pode considerar uma boa prática, independentemente de ela se dar no âmbito do SUS ou no setor privado. O segundo sentido refere-se a atributos da organização dos serviços e o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde.

Ao se referir sobre o primeiro grupo de sentido da integralidade, Mattos (2001) analisa que a visão integral do indivíduo não deve ser uma característica exclusiva dos médicos, mas sim, de todos os profissionais de saúde: médico, enfermeiro, psicólogo, agente de saúde, agente administrativo e os demais. O segundo grupo de sentido da integralidade estaria relacionado às formas de organizar as práticas em saúde e processos de trabalho, que se relacionam com a necessidade de se articular as ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde. Atender o usuário nas suas necessidades significa que os serviços deveriam estabelecer estratégias de abordagem que passem pela organização de atividades educativas, promocionais e preventivas de saúde, chegando até a assistência médica, como também identificar outras necessidades que não as apresentadas pelo próprio usuário. Nesse caso, a assistência faz parte de um conjunto de ações organizadas pelo serviço e não apenas de uma única ação a ser desenvolvida para o enfrentamento de um problema específico. O terceiro grande grupo de sentidos da integralidade estaria relacionado às políticas especiais de saúde e o estabelecimento de articulação e integração entre os diferentes níveis do sistema de saúde. A articulação entre os diferentes níveis do sistema de saúde com a estruturação de sistemas de referência e contra-referência que consigam suprir as necessidades dos usuários torna-se, então, imperiosa para que a integralidade da assistência ocorra.

Assim, de acordo com este autor, quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, ou da organização das políticas, *“integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo”* (Mattos, 2001).

Entretanto, o autor reconhece que a forma como as práticas estão socialmente configuradas pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade, como por exemplo, as cobranças de produtividade das consultas médicas ou de visitas domiciliares ou a organização dos serviços e das práticas de saúde, entre outros, que podem impedir que se preste um atendimento integral.

Na verdade, essa visão de saúde integral deve fazer parte também da visão dos gerentes, gestores, lideranças comunitárias, membros de Conselhos de Saúde e políticos do sistema, que estabelecem as regras que poderão possibilitar ou não a realização da integralidade (Sá, 2003).

A constatação de que os serviços 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 aponta ser indispensável o desenvolvimento de mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, que responda às necessidades de saúde individuais em âmbito local e regional, ou seja, torna-se necessária a interdependência dos atores e das organizações (Hartz; Contandriopoulos, 2004). Desse modo, a integralidade está diretamente relacionada ao grau de integração existente no sistema.

## 1.2A FRAGMENTAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE E O SUS

Apesar dos modelos assistenciais de saúde do mundo continuarem tendo influência das bases conceituais dos relatórios Dawson e Flexner, o mais difundido nas escolas médicas das Américas, em especial na América Latina, é o modelo flexneriano, sendo um dos motivos pelos quais estes sistemas de saúde se caracterizam por altos níveis de fragmentação de seus serviços (OPAS, 2010).

A repercussão do Relatório Flexner é um dos motivos pelos quais grande parte dos sistemas de serviços de saúde privilegia o tratamento médico de casos agudos, enfatizando as consultas e as internações hospitalares, em detrimento dos serviços preventivos, da atenção de longa duração a pacientes crônicos e da atenção domiciliar (Costa e Silva, 2004), caracterizando a fragmentação do cuidado. Em

relação às pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação se expressa como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de congruência dos serviços com as necessidades dos usuários (OMS, 2008).

Para Zitter (1996), a fragmentação caracteriza-se por uma atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório e ausência de integração entre os pontos de atenção à saúde. Cada ponto de atenção à saúde se organiza de forma separada, sem uma interligação de toda a rede de serviços, resultando em um sistema fragmentado.

A fragmentação acontece, ainda, entre o sistema clínico e o administrativo de uma organização de saúde e entre o sistema de saúde e de assistência social (Costa e Silva, 2004).

Tradicionalmente os serviços de saúde foram sendo organizados em torno da atenção às doenças, ou até mesmo, só para algumas doenças específicas. A demanda pela assistência médica era imperiosa, exigindo maior dedicação à sua organização, ficando as demais ações em segundo plano. Essa forma de organização tem a ver com a visão fragmentada da saúde por parte dos profissionais, repercutindo naturalmente nas formas de organização dos serviços (Sá, 2003).

Nesse contexto, as organizações sanitárias fragmentadas se baseiam em serviços cada vez mais especializados, produzindo numerosos problemas de integração, coordenação entre os próprios profissionais e continuidade da atenção aos pacientes (Pérez Lázaro; Garcia Alegria, 2001). Outra questão importante é a orientação dos sistemas fragmentados para a atenção às condições agudas em detrimento das crônicas (Mendes, 2002).

Entre as principais causas da fragmentação dos serviços de saúde de uma região, a OPAS (2010) refere: a segmentação institucional do sistema de saúde; descentralização dos serviços de saúde que fragmenta os níveis de atenção; predomínio de programas focados nas doenças, riscos e problemas específicos (programas verticais) que não estariam integrados ao sistema de saúde; modelo de atenção centrado na doença, no cuidado de episódios agudos e na atenção hospitalar; problemas da quantidade, qualidade e distribuição de recursos; práticas de financiamento de alguns organismos de cooperação/doadores internacionais que promovem os programas verticais e fragmentados.

Para Mendes (2001), entre as debilidades induzidas pela fragmentação dos sistemas de saúde encontram-se: o foco na doença ou na prevenção individual; a ausência de responsabilização pela saúde de uma população; a divisão do curso de uma doença em partes que não se comunicam; e a sobrevalorização, inclusive financeira, dos pontos de maior densidade tecnológica com indução da demanda pela oferta de serviços.

A fragmentação dos serviços de saúde se manifesta de diversas formas e nos diversos níveis do sistema de saúde, como na falta de coordenação entre os distintos níveis e pontos de atenção, na duplicação dos serviços e da infraestrutura, na capacidade instalada ociosa e em serviços de saúde prestados em locais menos apropriados, em especial nos hospitais (OPAS, 2010).

No Brasil, como em outros países, o sistema de saúde também se estruturou de forma fragmentada com a expansão da assistência médica, no início da década de sessenta através da previdência social. Consolidou-se um padrão de assistência à saúde essencialmente hospitalar e curativa, ou seja, voltado para os eventos agudos das enfermidades, havendo uma articulação do Estado com os interesses do capital internacional através da expansão da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares (Nunes, 1985).

A fragmentação organizacional da política de saúde, implantada durante o regime militar até os meados da década de oitenta, caracterizou-se por uma centralização na esfera federal, através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps, das ações e serviços de assistência médica de base hospitalar dissociados das ações de promoção e prevenção da saúde, que eram responsabilidades do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais.

Nesse período, a estrutura de prestação de serviços à saúde no Brasil era constituída por seis segmentos: a) o "previdenciário", envolvendo estabelecimentos próprios do Inamps e contratados no setor privado; b) o "médico sanitário" vinculado ao Ministério da Saúde o qual mantinha uma rede própria de unidades ambulatoriais e hospitalares para ações específicas como combate ao câncer e atendimento psiquiátrico, e a rede da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública que atendia, com ações de saneamento básico e assistência médica, às regiões mais distantes e pobres do país; c) o segmento dos "hospitais universitários" vinculado ao Ministério

da Educação; d) o segmento das "forças armadas e do funcionalismo público" com uma rede própria de hospitais e ambulatórios; e) o segmento "estadual e municipal da atenção médico-hospitalar e de saúde pública", composto por centros de saúde e unidades de emergência nos locais de maior porte e condição econômica; f) o "privado autônomo" voltado inicialmente para a população de alto poder aquisitivo, mas que cresceu rapidamente através da assistência médica suplementar (Silva, 2003).

Isso favoreceu a estruturação de um sistema de atendimento “[...] *implantado sem que fossem considerados os critérios de regionalização, sistemas de referência e mecanismos de integração, complementaridade e coordenação do atendimento*” (Silva, 2003).

Somente no final da década de oitenta, com a bandeira de luta pela unificação do sistema de saúde e criação formal do SUS é que se propõe um modelo de organização voltado para a articulação entre assistência e práticas de saúde pública. Promover a articulação desses dois processos significava, em primeiro lugar, apagar as distinções então cristalizadas entre serviços de saúde pública e serviços assistenciais (Mattos, 2001).

O SUS trouxe um conceito de saúde ampliado, relacionado às condições de vida como moradia, saneamento, alimentação, condições de trabalho, educação e lazer. Nesta perspectiva, os cuidados à saúde ultrapassam o atendimento à doença e ampliam-se para a prevenção, melhoramento das condições de vida e atenção integral à saúde (Franceschini, 2005).

A Lei 8.080 do SUS, sem dúvida, foi uma conquista para saúde pública brasileira, no qual a integralidade é considerada necessária à qualidade de um sistema de saúde, porém, ainda apresenta dificuldades na sua operacionalização e, na prática, o que se constata é a consagração, ainda, de um modelo de organização dos serviços de saúde baseado na medicina flexneriana, que enfatiza as ações curativas baseadas na atenção hospitalar, com custos crescentes de forma exponencial e serviços desarticulados, sem mecanismos de ordenamento da oferta e, principalmente, da demanda, sem a primazia necessária dos serviços de promoção e prevenção.

Nos serviços de saúde, o trabalho tem sido organizado, tradicionalmente, de forma parcelada devido a consolidação nos serviços de saúde das corporações

profissionais, e no caso dos médicos, pela especialização do saber e, conseqüentemente, do trabalho em saúde.

A fragmentação do SUS manifesta-se de diferentes formas, mas principalmente: como fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e/ou entre essas e a gerência dos serviços; como desarticulação entre os serviços de saúde e/ou entre esses e os de apoio diagnóstico e terapêutico; e, como desarticulação entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos. Isto significa que, como sistema de saúde fragmentado, o SUS não consegue responder adequadamente às exigências colocadas por esse quadro de necessidades de saúde (Lavras, 2011).

Entretanto, desde a implantação do SUS, vários progressos têm sido alcançados. Um dos pontos a destacar é o desenvolvimento da atenção primária à saúde, que se consolidou em todo o país. Centros e postos de saúde, os estabelecimentos sanitários destinados a prestar serviços básicos à população, experimentaram um crescimento bastante expressivo com aumento de cobertura assistencial, especialmente em áreas antes desassistidas (Campos, 2003).

Passados vinte e dois anos após a implantação do SUS, é possível identificar elementos continuamente implementados através da política de saúde, que intencionam o cumprimento dos princípios do SUS.

Ao instituir o federalismo cooperativo, a constituição de 1988 trouxe duas questões fundamentais. A primeira ligada à manutenção dos mecanismos cooperativos do Estado Federal no país, tendo como foco a disputa entre as regiões mais pobres, e as regiões com maior participação relativa na economia nacional. A segunda diz respeito à consolidação do processo de descentralização político-financeira que vinha marcando a transição democrática. Neste aspecto, o conflito envolvia a União, os estados e os municípios, tendo como pano de fundo a redefinição da partilha com as unidades subnacionais do montante tributário nacional (Ismael, 2010).

O reconhecimento do município como o terceiro ente federativo a partir da constituição de 1988 alterou significativamente os rumos na construção do SUS. A descentralização das funções de organização, gestão e financiamento como fundamento de construção de um sistema único de saúde, que ganhou ênfase

somente na segunda metade da década de 90, privilegiou o papel dos municípios como ator fundamental na construção das políticas de saúde com poucos estímulos à articulação horizontal no interior do sistema (Ouverney, 2005). Esta construção com opção inicial pela descentralização não reduziu a fragmentação e nem permitiu maiores avanços na implantação das redes de atenção à saúde.

A descentralização da saúde no Brasil nos anos 90 foi conduzida pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs) editadas pelo Ministério da Saúde.

Para alguns autores, a descentralização via municipalização apresentou alguns aspectos positivos, tendo como principais resultados a inovação na gestão, ampliação do acesso e maior participação da comunidade (Teixeira, 1997; Bueno; Merhy, 1997). Porém surgiram problemas, tais como dificuldades de gestão eficaz, o incremento dos custos de administração do SUS, a incorporação tecnológica irracional, a imposição de barreira de acesso a usuários e a baixa qualidade dos serviços; além disso, este processo não logrou integrar em regiões os territórios que compunham os diversos municípios, por não ter se acompanhado da imprescindível regionalização (Silva, 2011).

A publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde em 2001 (NOAS/2001) teve como uma das suas principais finalidades atender a necessidade de integração do SUS, conformando a regionalização, dando destaque para a estratégia de formação de redes integradas (Brasil, 2001; Silva, 2011). Esperava-se mobilizar os atores do SUS para uma nova forma de organização do sistema, articulando os serviços em territórios para conformar as regiões de saúde, com níveis de atenção que dessem conta da saúde integral dos cidadãos, porém surgiram problemas destacando-se as dificuldades de gestão eficaz.

A NOAS 01/2002 propôs três estratégias integradas de ação: a regionalização e organização da assistência, o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a revisão dos critérios de habilitação de municípios e estados, ficando a condução desse processo a cargo dos estados. Foram organizados grupos de municípios em uma rede funcional regionalizada – módulos assistenciais, microrregiões, macrorregiões e regiões – com base em territórios autossuficientes em atenção primária à saúde, em atenção mínima de média complexidade, em atenção de média complexidade e em atenção de alta complexidade. A NOAS estabeleceu diretrizes para a organização regionalizada da assistência através da Programação

Pactuada e Integrada (PPI) e, apesar de consolidar o foco na gestão da oferta e não da demanda, a essa norma pode ser considerada um avanço, pois ampliou o conceito de atenção básica à saúde e incrementou o espectro dos recursos federais transferidos per capita aos estados e municípios através da ampliação do Piso da Atenção Básica – fixo e da inclusão do primeiro nível da média complexidade nesta forma de repasse (Brasil, 2002).

A NOAS enfrentou muitas dificuldades para sua implementação. Dentre elas, a proposição de regras rígidas, excessivamente parametrizadas, na reorganização dos serviços regionais, que se mostraram incoerentes com as condições existentes (Almeida, 2005; Silva; Dobashi, 2007). Além do mais, não ocorreu a consolidação de uma governança regional e intermunicipal, fator indispensável para a articulação da interdependência entre municípios e destes com o governo estadual (Fleury; Ouverney, 2007). Ao invés disso, a definição de gestão plena municipal e a gestão plena da atenção básica ampliada, vinculou a habilitação dos municípios à existência física dos equipamentos de saúde em seu território. Mendes (2004a) adverte que, ao se instituir o módulo assistencial, exigindo que nesse espaço se ofereça certos exames de patologia clínica, de radiodiagnóstico, de ultrassonografia e de atenção hospitalar em clínica médica, pediátrica e obstétrica, pode levar a um incremento da fragmentação dos serviços de saúde no SUS. Ainda de acordo com o autor, a visão da gestão da oferta das normas operacionais leva a uma lógica política de investimentos em serviços de saúde, onde o importante é dispor do maior número de unidades de saúde no território municipal, especialmente os hospitais, que são os elementos de maior visibilidade política.

Outro problema decorrente da NOAS, a delegação da coordenação do processo de planejamento aos estados, provocou uma resistência por parte dos municípios que já haviam adquirido autonomia na gestão da saúde, que entenderam esse movimento como um ato de recentralização, conforme observam Dourado e Elias (2011). Esses autores argumentam que, além disso, havia pouca prática na cooperação federativa, desencadeando disputas entre os governos estaduais e municipais pela administração dos serviços, não dando condições de serem criados espaços subnacionais que assumissem a coordenação das regiões. Nesse cenário, as redes de atenção à saúde (RAS) pouco se desenvolveram no país.



Pelas dificuldades enfrentadas para implementar o preconizado na NOAS, o entendimento político levou a proposição de um novo arranjo institucional: o Pacto pela Saúde. Este Pacto, fruto do entendimento tripartite dos entes federados, se desdobrou em três dimensões: “Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”, foi discutido e aprovado no Conselho Nacional de Saúde, com alto potencial agregador e construtor do SUS (Santos, 2008).

Com a publicação do Pacto pela Saúde, houve um reforço à regionalização na agenda da política nacional de saúde. Aprovado e regulamentado pelas portarias ministeriais nº 399 e 699 (Brasil, 2006a; Brasil, 2006b), o Pacto se propôs a substituir o formato rígido da NOAS por uma pactuação mais flexível, que resultasse em construção de arranjos que viessem a contribuir para a regionalização e o aperfeiçoamento de redes (Silva, 2011). Em 2008 o Ministério da Saúde, visando ampliar o debate sobre as redes regionalizadas de atenção à saúde divulgou um documento destacando a sua importância, conformando-as como estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, situadas em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos (Brasil, 2008).

O Pacto pela Saúde trouxe grande otimismo para o SUS, pela priorização da construção do sistema pelos três entes federativos, organização do processo de planejamento com a construção dos Planos Diretores de Regionalização (PDRs) e com a conformação das regiões e suas necessidades peculiares a partir dos Colegiados de Gestão Regionais (CGRs), que mesmo não sendo estruturas oficiais, deram os primeiros passos na governança regional. O Pacto pela Saúde permitiu a revisão e repolitização do SUS, e trouxe como avanços: os princípios da organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, a qualificação da gestão, o reconhecimento da autonomia dos entes federados, a instituição de mecanismos de cogestão e planejamento regional, assegurando o respeito às diferenças locorregionais, na tentativa de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde (Brasil, 2006b).

Porém, apesar dos avanços, o SUS ainda organiza seus serviços no âmbito microeconômico de forma fragmentada, voltada para a atenção a eventos agudos e para a gestão da oferta. É necessário que se atente para as necessidades de saúde da população brasileira que, na atualidade, vem apresentando mudanças

demográficas, em especial aquelas decorrentes do envelhecimento da população; e epidemiológicas, que estão produzindo um incremento relativo da carga das doenças crônicas.

Esse aumento de condições crônicas, ocasionado não só pela maior presença das doenças crônico-degenerativas, mas também pelo aumento da sobrevivência de pacientes portadores de outras patologias, (cujo controle foi viabilizado pelo próprio desenvolvimento científico e tecnológico incorporado ao setor saúde), coexistindo com doenças infectocontagiosas e também com um aumento expressivo da morbimortalidade por causas externas, caracterizam um quadro epidemiológico bastante complexo, cujo enfrentamento exige profundas mudanças no SUS. E nesse sentido, a valorização do cuidado em saúde é uma estratégia imprescindível para um sistema de serviços voltado para as condições crônicas. Costa e Silva (2004), ao refletir sobre integralidade e fragmentação dos sistemas de saúde, mostra que a utilização do termo “cuidado” em saúde e não “cura”, imprime um valor de aproximação aos sentidos da integralidade.

Mendes (2002) sintetiza essa visão ao afirmar que:

É importante a organização de sistemas de serviços orientados para a atenção a condições crônicas, evidentemente com garantia de atendimento às urgências e emergências, através de um enfoque sistemático e planejado para atender às necessidades dos eventos agudos e crônicos que se manifestam ao longo da evolução de uma condição ou doença [...] através de uma rede integrada dos pontos de atenção à saúde que presta uma atenção contínua.

Portanto, para a obtenção de respostas satisfatórias aos serviços de saúde brasileiros, são necessários mudanças nos pressupostos e paradigmas que orientam o modelo assistencial brasileiro. Nesse sentido, a integração dos serviços de saúde aparece como atributo inerente aos avanços das políticas públicas fundamentadas nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Mas, segundo Feuerwerker (2002), percebe-se também a necessidade de transformar os conceitos e as práticas

de saúde que orientam o processo de formação, de modo a produzir profissionais capazes de compreensão e ação relativas à integralidade nas práticas em saúde.

### 1.3 SISTEMAS INTEGRADOS DE SAÚDE E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O SUS representa um avanço democrático no país, na medida em que busca a universalização dos serviços de saúde, com base na prática social. Em sua proposta, representa o que de mais avançado existe em nível de democracia. Toma por base o direito universal à saúde, equidade, integração dos níveis de promoção, prevenção, recuperação, participação e controle social, consolidando, portanto, o papel do Estado na prestação de serviços de saúde (Carvalho, 1995).

Em seus vinte e dois anos, o princípio da universalidade foi assumido e vem sendo exercitado havendo fortes evidências de sua presença, como a expansão da atenção primária com base no modelo da atenção à saúde da família, o programa de prevenção e controle da Aids, o sistema nacional de implantes, implantação e expansão do SAMU, entre outros.

Entretanto, o princípio da integralidade vem encontrando dificuldades para se afirmar. No caso da integralidade, como focado anteriormente, trata-se de uma busca permanente de condições estruturais e de funcionamento do SUS, com o objetivo de atender integralmente às necessidades na área da saúde, que na maioria das vezes se manifesta por demandas de usuários, de diferentes recortes e exigências de resposta do sistema.

Portanto, o conceito de integralidade está vinculado ao de integração de serviços por meio de redes de saúde, regionalizada e hierarquizada, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (Hartz; Contandriopoulos, 2004).

A superação da fragmentação dos sistemas de saúde tem sido buscada em vários países do mundo por meio da organização de sistemas integrados de serviços de saúde em redes de atenção à saúde.

Os Sistemas Integrados de Saúde propõem a reestruturação do modelo sanitário vigente através de uma oferta integrada de serviços em vários pontos de atenção à saúde, para uma população definida. Esta integração, orientada pela atenção básica, acontece por meio de tecnologias de gestão da clínica, possibilitando a continuidade do cuidado em saúde.

Esses sistemas integrados e organização em redes começaram a ser desenvolvidos recentemente, mas a proposta de redes de atenção à saúde tem origem remota. Derivam das propostas de atenção hierarquizada e regionalizada do Relatório Dawson, produzido em 1920, no Reino Unido. A partir dos anos 90, as redes de atenção à saúde foram revisitadas em função da crise da saúde nos países desenvolvidos e surgiram então, várias propostas de superação dos sistemas de saúde fragmentados tais como: sistemas organizados de serviços de saúde, nos Estados Unidos (Shortell et al., 1993); sistemas integrados no Canadá (Leatt et al., 1996); sistemas clinicamente integrados, no Reino Unido (Ham, 2007) ; organizações sanitárias integradas, na Espanha (Vásquez Navarrete; Vargas Lorenzo, 2007 ).

A Organização Pan-Americana de Saúde publicou recentemente um documento oficial, propondo as redes integradas de serviços de saúde como alternativa para a fragmentação dos sistemas de saúde que prevalecem nos países das Regiões das Américas e do Caribe (OPAS, 2010).

### **1.3.1 O que são Redes?**

Etimologicamente, a palavra rede deriva de *retis*, que em latim significa fios entrelaçados com aberturas regulares que formam uma espécie de tecido. A partir da noção de entrelaçamento, malha e estrutura reticulada, a palavra rede foi ganhando novos significados ao longo dos tempos, passando a ser empregada em diferentes situações (Rits, 2008).

A organização em redes é uma prática antiga das sociedades humanas. Enquanto fato histórico existe há bastante tempo. Segundo Oliviere (2003), historicamente, a articulação solidária ou organização em rede era praticada na

Idade Média, quando uma estrutura feudal dividia a sociedade em 3 ordens absolutamente hierarquizadas, o povo se organizava em "laços de solidariedade horizontal". A articulação de judeus do mundo todo para salvar os compatriotas condenados aos campos de concentração na Europa pode ser considerada exemplo de iniciativa em rede que salvou milhares de pessoas do holocausto.

No entanto, é da biologia que provém a conceituação de rede como sistema de laços realimentados que proporcionam a capacidade de auto-regulação e auto-organização. Os ecologistas das décadas de 1920 e 1930, quando estudavam as teias alimentares e os ciclos de vida, propuseram que a rede é o único padrão de organização comum a todos os ecossistemas vivos: "Sempre que olhamos para a vida, olhamos para redes" (Capra, 1996).

O termo Redes vem ganhando novos significados, especialmente nas últimas décadas do século XX. Na sociologia, segundo Scherer-Warren (1993), vem sendo usado para estudar as redes de movimentos sociais que integram atores diversos, articulando o local e o global, o particular e o universal. Para Castells (1999), redes são novas formas de organização social, do Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia da informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia.

Na psicologia social, tem sido usado para definir o conjunto de relações e estruturas de apoio sócio afetivo de cada um, ou seja, o universo de relacionamento de um indivíduo. Uma estrutura social com base em redes é um sistema aberto altamente dinâmico suscetível de inovação sem ameaças ao seu equilíbrio. Significa que seus integrantes se ligam horizontalmente a todos os demais, diretamente ou através dos que os cercam. O conjunto resultante é como uma malha de múltiplos fios, que pode se espalhar indefinidamente para todos os lados, sem que nenhum dos seus nós possa ser considerado principal ou representante dos demais. Pode-se dizer que no trabalho em rede não há um "chefe", o que há é uma equipe trabalhando com uma vontade coletiva de realizar determinado objetivo.

É importante, portanto, entender Redes "como uma proposta democrática de realização do trabalho coletivo e de circulação do fluxo de informações, elementos essenciais para o processo cotidiano de transformação social (Guarniere, 2005).

Sua forma de existir pode ser virtual (redes eletrônicas) ou presencial (redes físicas), sendo que um funcionamento mais eficaz pressupõe a articulação entre estas duas possibilidades (OPAS/OMS, 2008).

A participação, a cooperação, a horizontalidade, a circulação de informações e a articulação, sejam elas sistemáticas, estratégicas ou pontuais, são pressupostos do trabalho em rede. São mais eficazes quanto maior for a capacidade de cooperação e compartilhamento de informações.

Conforme verificado por Olivieri (2003), o conceito de rede transformou-se, nas últimas duas décadas, em uma alternativa prática de organização, possibilitando processos capazes de responder às demandas de flexibilidade, conectividade e descentralização das esferas contemporâneas de atuação e articulação social.

O advento do terceiro setor, formado por iniciativas privadas de utilidade pública, sem fins lucrativos e com origem na sociedade civil, veio fortalecer o conceito de redes. Terceiro setor e Redes são hoje realidades intrinsecamente relacionadas. O terceiro setor é, essencialmente, uma rede, e aqui se pode imaginar uma grande teia de interconexões. Redes de educação ambiental, redes emissoras de TV e rádio, redes de computadores, redes de lideranças, redes de trabalho e renda. A partir de diversas causas, a sociedade civil se organiza em redes para a troca de informações, articulação institucional e política e para a implementação de projetos comuns. Para isso, precisam contar com meios adequados para o desenvolvimento de fluxos de informação, gerenciamento organizacional e comunicação institucional.

Nas gestões intergovernamentais e interorganizacionais, as redes são definidas como “estruturas de interdependência envolvendo múltiplas organizações ou partes delas, onde cada unidade não se acha apenas subordinada formalmente às outras em algum arranjo hierárquico mais amplo” (O’Toole, 1997).

Para Olivieri (2003) “redes são sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de causas afins. Estruturas flexíveis e estabelecidas horizontalmente, as dinâmicas de trabalho das redes supõem atuações colaborativas e se sustentam pela vontade e afinidade de seus integrantes, caracterizando-se como um significativo recurso organizacional para a estruturação social”.

Castells (2000) define rede como estruturas abertas capazes de se expandir de forma ilimitada, integrando novos nós, desde que consigam comunicar-se dentro da rede, ou seja, desde que compartilhem os mesmos códigos de comunicação (por exemplo, valores ou objetivos de desempenho).

De uma forma geral, pode-se observar que as definições giram em torno de palavras que são chaves nas redes: estruturas abertas, horizontalidade, intercâmbio, cooperação, sinergia, coordenação, objetivos comuns. Por mais diversas que sejam as organizações e suas causas, elas têm em comum o propósito de estender suas ações e ideias a um universo sempre mais amplo de interlocutores: beneficiários, parceiros, financiadores, voluntários, colaboradores, etc.

A estrutura horizontal de uma Rede contribui para “romper o modelo de organização tradicional, piramidal, centralizador, competitiva, de poder hierárquico e de representação, possibilitando vivenciar nas relações sociais e políticas as ideias e princípios emancipatórios, de empoderamento de pessoas e organizações” (Amaral, 2004). As redes possibilitam uma nova experiência de convívio político, próprio da horizontalidade, da descentralização e da desconcentração do poder.

Segundo Ayres (2001), as organizações, sejam empresariais ou não, estão constantemente em busca de estruturas capazes de enfrentar ambientes de maior complexidade. Uma das respostas a esta busca por estruturas e estratégias alternativas de trabalho é o surgimento de uma forma de atuação que articula organizações e pessoas em um padrão de rede.

Muitas redes se formam espontaneamente, a partir de interesses comuns de um grupo de pessoas, funcionando muitas vezes, por algum tempo, sem regras explícitas, mas com benefício de todos os seus membros. No entanto, quando as organizações passam a fazer parte de uma rede, e se tornam mais complexas, torna-se necessário algum grau de formalização, com explicitação dos propósitos, definição dos papéis dos atores e estabelecimento das regras de cooperação e convivência. O desafio de uma rede é, portanto, encontrar o equilíbrio entre a formalidade e a informalidade, entre a organização e descentralização, entre processos sistemáticos e processos espontâneos (OPAS/OMS, 2008).

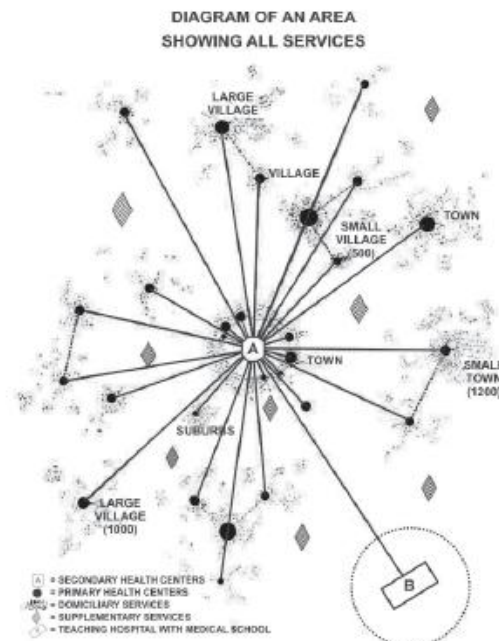
Qualquer que seja a forma de organização, as principais características das redes são a horizontalidade e a interdependência entre seus múltiplos nódulos ou participantes, o que as distingue de outros formatos de gestão de políticas.

Existem, portanto, diversas modalidades de organização em Redes, e podem ser definidas de múltiplas formas, de acordo com seus diferentes objetivos.

### **1.3.2 Construindo as Redes de Atenção à Saúde**

O trabalho precursor e que corresponde a primeira descrição completa de uma rede regionalizada de saúde foi o clássico Relatório Dawson, produzido em 1920, por solicitação do governo inglês (Dawson, 1964). Explicita pela primeira vez, formas de organizar o alcance dos serviços para toda a população de uma dada região. Cada território deveria possuir uma organização de serviços para atenção integral à população, formada por serviços “domiciliares” que eram apoiados por centros de saúde primários, laboratórios, radiologia e acomodação para internação. Seriam responsáveis por esse serviço os médicos clínicos generalistas que já trabalhavam de forma autônoma e/ou contratados pelo sistema de seguro social. O centro primário funcionaria como núcleo do sistema, onde os médicos generalistas poderiam se relacionar com especialistas e consultores e com uma central de aperfeiçoamento profissional. Haveria uma ligação dos centros primários, localizados em vilas, com os centros secundários, localizados nas cidades maiores, e os casos que não pudessem ser resolvidos neste nível seriam encaminhados a um hospital de referencia. A Figura 1 mostra um esquema da organização do sistema, com estabelecimento de múltiplas relações entre os componentes da rede, inclusive com integração horizontal. Em resumo, o relatório Dawson apresenta pontos essenciais como a integralidade da atenção, territorialização, integração da medicina preventiva e curativa, o papel central do médico generalista, a porta de entrada na atenção primária à saúde, a atenção secundária prestada em unidades ambulatoriais e a atenção terciária nos hospitais. É considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde, organizada de forma regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida. Apesar de sua importância, o relatório não conseguiu ser colocado em prática.





**Figura 1.** Esquema de organização de serviços apresentado no Relatório Dawson.

Fonte: Dawson, B. Ministerio de Salud de la Gran Bretaña, 1964.

Mas as concepções desse documento influenciaram a criação do sistema nacional de saúde britânico em 1948, o *National Health Service* (NHS), que por sua vez passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde em vários países do mundo. Era baseado na relação intrínseca entre os princípios da universalidade, equidade e integralidade e a estratégia de regionalização e hierarquização. Esse sistema era centrado na figura do *General Practitioner* (GP), médicos generalistas, de atenção primária, que recebiam por capitação. Parte do orçamento da região era transferido aos generalistas de acordo com o número de pacientes sob sua responsabilidade. Os GP proviam serviços ambulatoriais e agiam como porta de entrada (*gate keepers*) para a assistência hospitalar não-emergencial. Os hospitais públicos eram detentores da maioria dos leitos, e nesse contexto, não havia competição entre os hospitais e a atenção hospitalar era garantida para todos os GP (OPAS, 2009).

Esse modelo de organização em redes, com as devidas adaptações, foi seguido por países que construíram sistemas nacionais de saúde, como nos

nórdicos e no Canadá, tomando como base principalmente os princípios da universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização (Kuschnir; Chorny, 2010).

Para o entendimento do histórico de construção das redes de atenção à saúde que ocorreram em vários países, recorreremos ao trabalho de Mendes (2009) para destacar a importância de serem observados os conceitos de integração horizontal, vertical e substituição.

A integração horizontal tem objetivo de condensar a cadeia produtiva da saúde, ou seja, quando duas ou mais instituições que produzem o mesmo serviço ou serviços que se substituem, se juntam, podendo ocorrer de dois modos principais: a fusão ou a aliança estratégica. A fusão se dá quando duas unidades produtivas, por exemplo, dois hospitais, se fundem num só, aumentando a escala pelo somatório dos leitos de cada um, e diminuindo os custos, ao reduzir a um só, alguns serviços administrativos anteriormente duplicados, como a unidade de gestão, a cozinha, lavanderia. A aliança estratégica se faz quando, mantendo-se as duas unidades produtivas, os serviços são coordenados de modo que cada um se especializa numa carteira de serviços, eliminando-se a competição entre eles. Os serviços de dois hospitais, por exemplos, são complementares, de modo que cada um não necessita realizar os serviços que o outro faz. Em geral, na aliança estratégica, haverá ganhos de escala e maior produtividade.

Ainda de acordo com Mendes (2009), a integração vertical, nas redes de atenção à saúde, se faz através de uma completa integração, como ocorre nas redes de propriedade única (por exemplo, a *Kaiser Permanente*, maior organização para serviços de saúde nos Estados Unidos) ou em redes de diversos proprietários (o mais comum no SUS, onde podem se articular serviços federais, estaduais, municipais e privados, lucrativos e não lucrativos), por meio de uma gestão única, colocando sob a mesma gestão, todos os pontos de atenção a saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos de uma rede, desde a atenção primária à atenção terciária à saúde, e comunicá-los através de sistemas logísticos potentes. A integração vertical aproxima-se do conceito econômico de valor agregado das cadeias produtivas.

O processo de substituição de serviços é definido como reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções

melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis (Mendes, 2009). A proposta de substituição como um instrumento de reforma sanitária, surgiu na Holanda, com o Relatório Dekker (Dekker, 1988). Através desse processo, numa rede de atenção à saúde, unidades de saúde, clínicas, hospitais, serviços e equipes podem ser reorganizados para produzirem melhores resultados com maior economia (Saltman; Figueiras, 1997).

Na história da construção de redes de atenção à saúde, com a crise econômica ao longo da década de 1970 (crise do petróleo), na Inglaterra, o NHS sofreu duras críticas, em virtude do aumento do custo do sistema (Tanaka; Oliveira, 2007) e no início dos anos 90, iniciou-se a reforma do sistema de saúde britânico, modificando em princípio a base do financiamento. Com o propósito de aumentar a eficiência no uso dos recursos públicos, os hospitais públicos foram transformados em entes públicos autônomos (*trusts*), que passaram a disputar os contratos realizados pelas autoridades sanitárias, que poderiam comprar serviços fora de seus limites geográficos (WHO, 1997).

Após várias reformas, o NHS inicia durante os anos 2000, um processo de reformulação do sistema de integração do cuidado, sob influência da experiência americana de sistemas integrados. Essas medidas resultaram em fragmentação do sistema e aumento da desigualdade de acesso aos serviços (Pollitt, 2000).

Embora as diversas reformas tenham gerado profundas mudanças no *National Health Service*, as características centrais da concepção dawsoniana de sistemas públicos de saúde foram mantidas, ou seja, a universalidade e o caráter público (Tanaka; Oliveira, 2007). A coordenação da atenção nos diferentes níveis é realizada pela atenção primária. Para integrar o cuidado nos diversos níveis da atenção foram desenvolvidos os *National Services Frameworks* apoiados por uma moderna estrutura de tecnologia da informação (Drury, 2001; Ham, 2007).

Como visto, os fundamentos das redes de atenção à saúde surgiram na década de 20 no Reino Unido, mas contemporaneamente, as propostas de rede de atenção à saúde têm origem nas experiências de sistemas integrados de saúde implantadas na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos, sendo aplicadas em um sistema segmentado, com hegemonia do setor privado. Esse sistema serviu

de base para os sistemas públicos da Europa Ocidental e Canadá, e posteriormente para alguns países em desenvolvimento.

Originariamente, o sistema americano é caracterizado pela segmentação e por um grau de fragmentação muito maior que os sistemas públicos. É baseado em seguro voluntário de empresas e dois grandes programas públicos – o *Medicare*, de responsabilidade Federal e dirigido à população idosa maior que 65 anos e deficientes, no qual o governo paga os hospitais e médicos que atendem o beneficiário, e o *Medicaid* para cobertura de populações de baixa renda, sob responsabilidade dos estados (Fairfield et al., 1997).

Nos anos setenta e oitenta houve um significativo crescimento do *Managed Care*, baseado nas formas de pagamento por itens e procedimentos e institucionalizado como política governamental. O termo *Managed Care* – cuidado gerenciado - é utilizado nos Estados Unidos para descrever uma variedade de técnicas destinadas a reduzir o custo ao proporcionar benefícios de saúde e melhorar a qualidade do atendimento para organizações que usam essas técnicas ou fornecê-las como serviços para outras organizações. Para reduzir os riscos financeiros, as organizações de *Managed Care* desenvolveram mecanismos de controle de utilização dos recursos e de acesso aos especialistas e a adoção muito rígida de protocolos clínicos e controle da prática profissional (Fairfield et al., 1997; Almeida, 1999).

O *Medicare* apresenta problemas importantes devido a fragmentação dos serviços, com uma proporção de crônicos muito grande entre seus beneficiários e sem perspectiva de organização da provisão. Como alternativa, utiliza as organizações de *Managed Care*, para o cuidado aos doentes crônicos (Berenson; Horvath, 2003)

Ainda na década de setenta, iniciou-se um grande processo de reestruturação com substituição dos hospitais filantrópicos por corporações lucrativas, num mercado altamente competitivo e em resposta a formas de pagamento com transferência de risco cada vez maior aos provedores (Bazzoli, 2004).

Nas décadas de oitenta e noventa começou o movimento de integração vertical, entre provedores de serviços clínicos de diferentes níveis, culminando na constituição de sistemas mais abrangentes com integração dos serviços clínicos, serviços de laboratórios e imagem, produção de equipamentos e insumos. Esse

processo deu conformação as redes de prestadores de cuidados de saúde originados de diferentes combinações de provedores, resultando no que se chamou genericamente de *Integrated Delivery Systems* (IDS) - sistemas integrados de provisão, (Greenberg; Goldberg, 2002). As redes de provedores geralmente são usadas para reduzir os custos, através de negociação de taxas favoráveis dos fornecedores, assim como a utilização de programas de melhoria da qualidade, a ênfase nos cuidados preventivos e nos incentivos financeiros para encorajar os inscritos a usarem os cuidados de forma eficiente.

Os primeiros ensaios de sistemas integrados de provisão nos Estados Unidos baseiam-se no trabalho de Shortell et al. (1993), que define os *Integrated Delivery Systems* como uma rede de organizações que configurem um contínuo coordenado de serviços de saúde para uma população definida, constituindo-se numa proposta para superar a fragmentação dos sistemas de atenção à saúde. As propostas de Shortell et al. (1995) avançaram a partir de experiências bem sucedidas de alguns hospitais comunitários, que apresentavam características de organizações integradas de atenção à saúde voltadas para o contínuo dos cuidados, para a promoção e manutenção da saúde, para uma população definida e para a gestão de uma rede de serviços (Mendes, 2007).

Vários trabalhos sobre a qualidade da atenção à saúde nos Estados Unidos constataam que os sistemas fragmentados apresentam fragilidade de informações clínicas, com duplicação desnecessária de serviços, e além de caro, apresenta uma cobertura de saúde ineficiente (Young; McCarthy, 1999; Institute of Medicine, 1999; Wan et al., 2002; Ethoven; Tollen, 2005). Estes estudos sugerem a implantação de sistemas integrados de saúde através da oferta de um contínuo de serviços coordenados, formados por equipes que compartilhem objetivos comuns, a coordenação da atenção ao longo da rede de atenção, a utilização de prontuários clínicos integrados, e a obtenção de ganhos de escala e do alinhamento dos incentivos financeiros.

No Canadá, o sistema público de atenção à saúde se desenvolveu, de um modo geral, sob a forma de sistemas integrados de saúde. Entretanto, estudos sobre o sistema de atenção à saúde de diversas províncias canadenses mostraram a fragmentação do sistema (Leatt et al., 1996). A partir de então propuseram a integração desses sistemas, definindo uma população de responsabilidade,

instituído os médicos de família, e a atenção primária é vista como o primeiro nível de um sistema de saúde com oferta de serviços clínicos de qualidade, responsável pela coordenação do cuidado, organização do sistema e o pagamento por capitação, entre outras características.

Na Holanda, o sistema de saúde consolidou-se a partir do Relatório Dekker como um instrumento de reorganização da atenção à saúde, através do processo de substituição (Dekker, 1988). A adoção desses processos nos sistemas de saúde apresenta vantagens como melhoria da clínica, melhor manejo de certas doenças, maior satisfação dos paciente e maior eficiência. Os processos de substituição interferem grandemente na organização hospitalar. Entre os pontos fundamentais da substituição hospitalar podem se destacar a melhoria da atenção domiciliar, melhoria da atenção primária e a redução das internações para os casos relativos à atenção ambulatorial, o uso de hospitais/dia, a utilização de procedimentos minimamente invasivos, a introdução da gestão da clínica nos hospitais, com aprimoramento do sistema de altas hospitalares e maior interação entre as ações de saúde e assistência social. A utilização do processo de substituição levou a uma redução do número de leitos hospitalares na Europa Ocidental de 10,7 leitos por mil habitantes em 1980 para 7,8 leitos por mil habitantes em 1994 (Saltman; Figueiras, 1997). As estratégias de racionalização das internações hospitalares tinham a percepção de redes de atenção à saúde, pois estavam correlacionadas a atenção primária à saúde, aos cuidados especializados secundários e atenção hospitalar.

Na Espanha, a implantação de Planos de Atenção Integral (PAI) foram relatados por Suñol et al. (1999), e definidos como um conjunto de serviços integrados e longitudinais baseando-se na coordenação de profissionais para prestar atenção onde ela seja mais eficiente e aceita. Os planos de atenção integral foram desenvolvidos em 6 etapas: a atenção à população sadia (prevenção primária), atenção aos fatores de risco (prevenção secundária), o diagnóstico e o primeiro tratamento, a fase inicial do tratamento da doença, a fase avançada do tratamento da doença e a fase terminal (Mendes, 2009).

Na Alemanha, as redes de atenção à saúde foram implantadas para superar a grande fragmentação do sistema de atenção à saúde tradicional. A legislação sanitária da Alemanha introduziu a partir de 2000, os sistemas integrados de saúde

com integração dos serviços ambulatoriais e hospitalares, estimulando as ações promocionais e preventivas (Hildebrandt; Rippman, 2001).

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde, publica um Relatório Mundial da Saúde, reconhecendo a necessidade de se instituírem sistemas de atenção à saúde com base numa atenção primária à saúde (APS) forte e de qualidade:

[...] na interface entre uma população e o seu sistema de saúde, os cuidados primários podem vir a ser facilitadores de uma convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral. Para tal é essencial “dar prioridade às pessoas” realçando, de uma forma equilibrada, a saúde e o bem-estar, assim como os valores e as capacidades das pessoas nas suas comunidades e das que trabalham no setor da saúde (OMS, 2008, p. 43).

Na América Latina as Redes de Atenção à Saúde são incipientes. A experiência mais consolidada parece ser a do Chile, onde redes de atenção à saúde têm sido discutidas há tempo e constituem uma política oficial do Ministério da Saúde (Ministerio da Salud de Chile, 2005; Fábrega, 2007), porém há relatos de experiências no Peru (Ministerio de Salud de Peru, 1999), na Bolívia (Lavadenz et al., 2001), na Colômbia (Cajigas, 2003; Vázquez; Vargas, 2006), na República Dominicana (Secretaria de Salud y Asistencia Social, 2006), no México (Estrada et al., 2006).

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) submeteu à consulta de seus países membros um documento de posição sobre redes de atenção à saúde (OPAS, 2010). O documento faz uma análise crítica dos sistemas fragmentados e de suas causas; conceitua os sistemas integrados de serviços de saúde e identifica suas diferentes modalidades; estabelece seus atributos essenciais; define os instrumentos de política pública e os mecanismos institucionais para conformá-los; e propõe uma rota para implantação desses sistemas na Região das Américas e do Caribe (OPS, 2009).

Documento elaborado pela OPAS/OMS no Brasil apresenta contribuições sobre os desafios da implantação das RAS, coordenadas pela APS no âmbito do Sistema Único de Saúde. O documento sugere a estrutura operacional das RAS tendo como base a APS. Para funcionar como tal, uma APS precisa ser bem estruturada, sem qual não se pode pensar em redes de atenção à saúde efetivas, eficientes e de qualidade (OPAS, 2011). Essa proposta original da APS está contida no Relatório Dawson (1920), mas sua institucionalização nos sistemas de saúde só teve início após a reunião de Alma-Ata, realizada em 1978.

### **1.3.3 Redes de Atenção à Saúde**

Sob a denominação genérica de cuidado integrado de saúde (OPAS, 2009), são agrupados diferentes tipos de intervenções em vários países. Embora possam apresentar objetivos e arranjos variados, possuem em comum a busca por mecanismos e instrumentos de integração, dirigida à prática clínica individual, à integração organizacional horizontal ou vertical e entre setores.

O grande desafio parece estar na estruturação de redes de atenção à saúde, visando à consolidação de sistemas de saúde integrados que favoreçam o acesso com continuidade assistencial, a integralidade da atenção e a utilização racional dos recursos existentes apresentam-se como um caminho possível.

A finalidade da integração dos serviços de saúde deve ser a melhoria da eficiência e da racionalidade dos serviços, sejam eles organizados por especialidades, por nível de atenção, por ciclo de vida, ou por outros critérios. Deve também produzir expansão dos serviços, melhoria do acesso, porém produzir economia, evitando duplicidade de serviços e a desnecessária repetição de exames e procedimentos já realizados.

De acordo com Silva et al. (2008), um sistema de rede organizado de modo racional e compartilhado entre os componentes que constituem esse sistema deve garantir que o conhecimento humano e o aparato tecnológico sanitários estejam à disposição do profissional de saúde e do usuário de modo contínuo e resolutivo, numa rede que se articula, permeia territórios de diversos entes federativos. Essa



interação e interconexão de serviços deve funcionar de forma organizada, mediante regras predefinidas, sem perda de autonomia das unidades.

Portanto, redes significa integração de todos os elementos de uma rede, tais como integração funcional, integração clínica, de cuidados, normativa e sistêmica, tornando-a dessa forma capaz de operar de forma sustentável (Contandriopoulos et al., 2004) Este autor explica ainda que, os princípios que norteiam a organização de um sistema de saúde devem ser coerentes com o projeto local, entretanto, um projeto complexo como o de redes de atenção à saúde não consegue ser implementado a partir de simples acordos entre profissionais ou organizações. O sucesso desse complexo depende de governança e ato normativo institucionalizado.

A rede de serviços de saúde deve ainda: a) definir portas de entrada; b) ordenar o acesso por ordem cronológica e de risco; c) racionalizar a oferta de serviços e a incorporação tecnológica; d) oferecer atendimento adequado às necessidades do paciente; e) definir linhas de cuidados; f) integrar os sistemas de informação; g) evitar repetições de exames e de anamneses; h) permitir aos profissionais o acesso aos prontuários e exames de modo informatizado e integrado; i) permitir o monitoramento do paciente para evitar complicações, quando for o caso; j) criar uma hierarquia de complexidade de serviços e organizar os encaminhamentos e contrarreferenciamentos, de acordo com uma inteligência epidemiológica; k) oferecer educação sanitária ao paciente, para fomentar maior responsabilidade do cidadão com a própria saúde, e outros elementos que criem eficiência, resolubilidade dos serviços, melhoria da qualidade e coíbam a duplicidade de meios para o mesmo fim (Contandriopoulos et al., 2004; Silva et al., 2008).

Para Mendes, Redes de Atenção à Saúde ou de serviços de saúde são formas de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade e de diferentes densidades tecnológicas, de um determinado território, que integrados por meio de sistemas logísticos, de apoio e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado. Para o autor, “a concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por uma outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais” (Mendes, 2009, p.143).

A Figura dois ilustra a concepção do autor sobre o funcionamento das redes de atenção à saúde, na qual a atenção primária à saúde funcionaria como o seu centro de comunicação (Mendes, 2009).

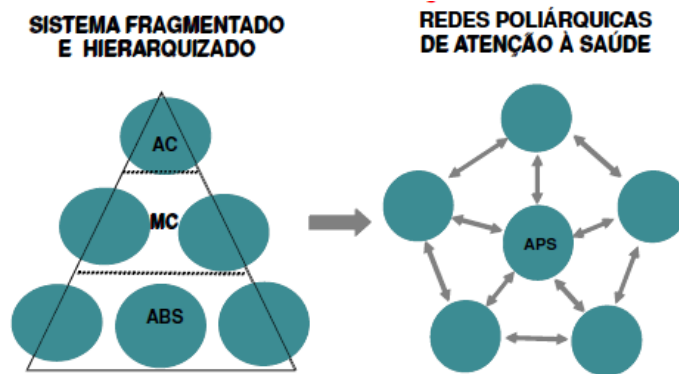


Figura 2. A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde. Fonte: Mendes, 2009, p. 143.

Em documento apresentado pela OPAS, a rede de atenção à saúde é definida 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).

#### 1.3.4 Redes Regionalizadas e Descentralizadas de Atenção à Saúde no Brasil

No caso de sistemas públicos como o SUS, para a construção de redes de atenção à saúde, há necessidade de combinação de territórios sanitários com os níveis de atenção à saúde que se estruturam conforme a densidade tecnológica, variando do nível de menor densidade, a atenção primária, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária, e ao de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde.

No Brasil, o Pacto de Gestão (Brasil, 2006a) favoreceu a modelagem das redes regionais de atenção à saúde, e se constituiu em uma das estratégias para a

regionalização do SUS. Esse processo requer a cooperação solidária entre os municípios de determinada região de saúde e a qualificação da APS como instância organizadora do sistema e coordenadora do cuidado ofertado.

O avanço na regionalização com fortalecimento das RAS depende da existência e aproveitamento de oportunidades/recursos que promovam clareza de papéis, definição das responsabilidades, segurança jurídica no cumprimento dos pactos, vontade política e promoção da equidade na distribuição dos recursos, qualificando as relações de interdependência entre os entes. Para Fleury e Ouverney (2007), os padrões de interdependência na rede, que condicionam maior ou menor coesão entre os entes, são influenciados pela natureza e a distribuição dos recursos existentes. Para esses autores, os recursos podem ser legais (distribuição formal e competências entre os níveis de governo), políticos (estratégias, interesses e setor de atuação dos participantes), organizacionais (disponibilidade de expertise, pessoal, equipamentos, espaço físico) e financeiros (disponibilidade de fundos).

Prioridade do governo federal e apoiada por estados e municípios, a implantação das chamadas 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.

Algumas experiências pioneiras enfocando as diretrizes da integralidade e da política de regionalização revelam a ousadia e a adesão promissora dos gestores. A Secretaria Estadual de Saúde do Ceará (2000) relatou uma experiência pioneira de sistemas microrregionais de saúde, desenvolvida na microrregião de Baturité, que tinha como objetivo integrar o sistema público e tentar superar as fragilidades da fragmentação determinada pelo processo de municipalização.

Outro sistema integrado de saúde foi implantado pela Secretaria Municipal de saúde de Vitória (2001) na região de São Pedro. De acordo com Costa e Silva (2003), os resultados apontaram para a institucionalização de novas práticas na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, ou mais precisamente, nos profissionais de saúde, demonstrando novas outras possibilidades de microgestão no movimento real da assistência à saúde para a construção da integralidade.

Uma experiência pioneira de uma rede temática de atenção à mulher e à criança, o Programa Mãe Curitibana, apresentou resultados extremamente favoráveis e serviu de matriz para que fosse instituído no município por decisão da IV Conferência Municipal de Saúde, o Sistema Integrado de Serviços de Saúde (Jimenez et al., 2001; Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, 2002).

As redes de atenção à saúde constaram como prioridade no Governo de Minas Gerais, no seu plano de governo 2003/2006. Foram identificadas e implantadas, em escala estadual, quatro redes temáticas principais: a rede de atenção à mulher e à criança (Rede Viva Vida), a rede de atenção às doenças cardiovasculares e ao diabetes (Rede Hiperdia), a rede de atenção aos idosos (Rede Mais Vida) e a rede de atenção às urgências e às emergências (Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004), além de, em 2006, elaborar e aplicar, interna e externamente, nas microrregiões sanitárias, uma oficina de redes de atenção à saúde. Essas redes temáticas são na verdade, linhas de cuidado, sendo sub-redes das redes regionalizadas de saúde, e contam com os maiores aportes de investimentos dos recursos federais.

O aperfeiçoamento das redes de atenção no SUS implica em adotar modelos eficazes para a atual situação de saúde com transição demográfica acelerada e tripla carga de doença com predomínio relativo forte de condições crônicas e um sistema integrado de saúde que opere de forma contínua e proativa, voltada de forma equilibrada para a atenção às condições agudas e crônicas, procurando garantir a continuidade da atenção em todos os níveis do sistema (Mendes, 2009).

Várias estratégias têm sido empregadas para o alcance da integralidade e fortalecimento das redes de saúde com o emprego de ferramentas que visem a ampliação da clínica. Um termo muito utilizado, e que está relacionado ao enfretamento de condições crônicas, é a linha de cuidado. É uma forma de se imaginar o caminho a ser percorrido, de forma horizontal ou em círculo, e não com base na pirâmide, como tradicionalmente é representado o sistema de saúde. Trata-se de pensar o usuário iniciando o cuidado a partir de uma porta de entrada, que na maioria das vezes é a unidade básica, mas também pelos serviços de urgência ou unidades que quebram com a organização tradicional do sistema, juntando vários serviços numa mesma unidade e, posteriormente, acessando os diferentes serviços

de modo a completar a gama de cuidados necessários à abordagem mais adequada ao seu problema. (Pinheiro et al., 2006).

De acordo com Franco e Magalhães Jr.(2003) as linhas de cuidado podem ser pensadas a partir de patologias (tuberculose, hanseníase, hipertensão), a partir de ciclos de vida (recém-nascido, criança, adolescente, mulher, adulto idoso) ou de problemas de saúde como a saúde mental, saúde bucal e portadores de necessidades especiais. As linhas de cuidados abrangem, portanto, os campos da prevenção, cura e reabilitação, orientando os usuários sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer nas linhas e pontos da rede para ter suas necessidades adequadamente atendidas.

Um exemplo é o programa de asma de Londrina (PR). Os pacientes dessa patologia são selecionados por adesão espontânea, e classificados em categorias definidas por critérios clínicos e de risco. São estabelecidas normas e rotinas que passam pelas equipes de referência da unidade, pelos especialistas, prontos-atendimentos e ambiente hospitalar, até os serviços de reabilitação. As linhas de cuidado se desenvolvem em diversos pontos, desde o ambiente domiciliar, territorial e de trabalho. Antes da instituição dessa linha de cuidado, os pacientes acessavam os pontos da rede após a agudização da sua condição crônica. Com a instituição da linha de cuidado, além das ações nos campos da prevenção e promoção, os usuários acessam os pontos das redes e transitam entre eles de acordo com suas necessidades singulares, com impactos positivos na eficiência e efetividade da ação, na redução de hospitalizações e da procura de serviços de emergência e na humanização da relação dos pacientes com o sistema de saúde (Cerci Neto, 2008).

O desafio de implementar sistemas regionais de saúde articulados em redes foi lançado oficialmente pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e define Rede 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” (Brasil, 2010).

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, através da Portaria nº 1.459/2011. Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção

humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A Rede Cegonha deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde (Brasil, 2011).

Uma das iniciativas empregadas para o alcance da integralidade e fortalecimento das redes de saúde, está representada pelo projeto QualiSUS-Rede. No seu componente de abrangência nacional, prevê o desenvolvimento de intervenções sistêmicas estratégicas, centradas em prioridades nacionais, e de apoio à implantação de redes de atenção e à qualificação de cuidados em saúde (Brasil, 2011c). Em relação à lacuna na formação de técnicos e gestores para atuação em redes de atenção, o Ministério da Saúde, com o apoio dos secretários estaduais e municipais, por meio de parceria com instituições de ensino e hospitais de excelência, vem investindo na qualificação de uma massa crítica. Como resultado inicial, além da preparação dos profissionais, foram construídos e estão em curso projetos de intervenção em problemas prioritários das regiões de saúde onde esses profissionais atuam, contribuindo para melhoria da gestão e da atenção local (Brasil, 2011a; 2009b).

Com o avanço das tecnologias de comunicação, o Brasil poderá alcançar muitos benefícios em seu sistema de saúde, uma vez que o seu uso pode auxiliar tanto nas questões práticas na rotina dos atendimentos aos pacientes, como em educação permanente dos profissionais que atuam nas regiões de saúde com acesso remoto. Nesse sentido, o programa Telessaúde Brasil Redes, que hoje alcança quase todos os estados, é um bom exemplo de oportunidade para apoiar o avanço da regionalização. O objetivo do programa é melhorar a qualidade do serviço de saúde do SUS, capacitando e integrando os trabalhadores e profissionais de saúde, por meio do uso de tecnologias e infraestrutura de informática e telecomunicações que promovam a Teleassistência, a Segunda Opinião Formativa, o Telediagnóstico e a Tele-educação (Brasil, 2011e).

Conforme concebido constitucionalmente, no SUS, todos os serviços de todos os entes federativos devem se integrar, constituir uma rede de serviços e ser um

único sistema, capaz de garantir ao indivíduo a integralidade de sua saúde, como se fosse um modelo que se aplicasse a um Estado unitário. No entanto, a implantação de um modelo organizativo da saúde, num Estado Federativo, como o brasileiro Brasil, no qual o município é compreendido como ente político e autônomo apresenta-se muito mais complexo.

Nesse contexto, ganha relevância a implementação da rede interfederativa de saúde, uma vez que a maioria dos municípios não é capaz de arcar sozinho com a assistência à saúde do cidadão. Os serviços de uns devem se interconectar com os dos outros, para compor uma rede de serviços que seja capaz de garantir aos integrantes de um ou de outro município a integralidade de sua saúde.

De acordo com Silva *et al.* (2008), “a rede interfederativa é a interconexão dos entes políticos responsáveis pela saúde, que devem conjuntamente, em espaços colegiados, decidir, de comum acordo, todas as questões referentes à saúde, como: planejamento integrado, financiamento compartilhado, prestação de serviços em rede, padrão de integralidade, critérios de incorporação tecnológica, regulamentos técnicos, protocolos clínicos, fiscalização, controle, avaliação e outros aspectos do sistema”.

A rede interfederativa pode se organizar por regiões (interestadual, metropolitana, regional e intermunicipal), ou ter uma abrangência nacional com seus recortes políticos (união, estados, distrito federal e municípios).

A 14ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida no ano de 2011, em seu relatório final aprovou proposta sobre a necessidade de se fortalecer as redes de saúde. No documento, a diretriz de número quatro tem como título: “O Sistema Único de Saúde é único, mas as políticas governamentais não o são: Garantir gestão unificada e coerente do SUS com base na construção das redes integrais e regionais de saúde” (Brasil, 2012f). Essa posição política consensual reforça a prioridade na estruturação das redes de saúde no país.

O Plano Plurianual (PPA) expressa os compromissos e metas pelo período de quatro anos de um mandato presidencial e busca a integração das esferas do poder público federal, estadual e municipal. Para o PPA 2012-2015, o governo federal projeta uma visão de futuro expressa pelos Macrodesafios e Programas Temáticos, dentre os quais constam a Igualdade Regional e a Igualdade Social (Brasil, 2012b). Para fazer frente a esses macrodesafios, o setor saúde deverá avançar no processo

de regionalização com redução das desigualdades regionais. A implantação e implementação das redes regionalizadas de atenção à saúde atende aos princípios do macroplanejamento nacional, constituindo-se em um dos eixos estruturantes para superar esses desafios.

A publicação do Decreto 7508, de 28 de junho 2011, traz relevante oportunidade para a consolidação de redes interfederativas de saúde, compostas pelos entes das três esferas de governo que, conjuntamente, devem gerir um sistema de saúde unificado e de âmbito nacional de maneira compartilhada e coordenada. O Decreto considera: a região de saúde; o contrato organizativo da ação pública da saúde; as Portas de entrada; Comissões intergestores; Mapa da saúde; Rede de Atenção à Saúde; Serviços Especiais de Acesso Aberto; Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (Brasil, 2011d). Contém diretrizes que vão organizar a Região de Saúde em unidades de operação do sistema integrada por municípios com similaridades regionais, visando oferecer um padrão mínimo de integralidade. Com esse decreto espera-se que a regionalização avance na reorganização de Redes de Atenção à Saúde - RAS adequadas e suficientes, tendo como referência as diversas realidades da federação brasileira. As diversas RAS das regiões deverão se integrar em redes interfederativas, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros disponibilizados e forma de controle e fiscalização da execução.

O decreto nº 7508 veio conferir novo marco para a descentralização e regionalização do SUS, uma vez que atribui segurança jurídica à avença aos entes envolvidos na pactuação das distintas responsabilidades, permitindo melhorar a governança das redes interfederativas de saúde. No decreto está inserido o estatuto do Contrato de Ação Pública, que confere atribuições às instituições envolvidas, adjudicando com mais clareza os papéis, responsabilidades e metas a cada participante. Devido o seu status de instrumento legal, o contrato obriga os entes ao seu cumprimento, com desdobramentos que podem levar a aplicação de penalidades aos que não o cumprirem.

O Brasil tem acumulado alguns avanços no processo de implantação das redes regionalizadas de atenção à saúde. Entretanto, é importante ressaltar que a construção de redes de saúde em regiões de um país de dimensões continentais é desafiador. O conhecimento das percepções sobre as redes por atores relevantes e



suas implicações na construção e consolidação do SUS, é de fundamental importância para o aperfeiçoamento da política de saúde no Brasil.

## **CAPÍTULO 2 – METODOLOGIA**

### **2.1 TIPO DE ESTUDO E REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, composto por duas etapas. Na primeira etapa, de caráter qualitativo, optou-se por realizar entrevista semiestruturada em uma amostra intencional constituída por sete FPS atuantes no SUS, para captar suas representações e seu posicionamento sobre redes regionalizadas de saúde. A justificativa para a escolha dos sujeitos da pesquisa nesta etapa se apoia na conceituação sobre os intelectuais proposta por Gramsci, inserindo-os na categoria de intelectual orgânico.

Na segunda etapa aplicou-se um questionário semiestruturado para identificar a percepção de gestores e gerentes do SUS envolvidos na formação de redes regionalizadas de saúde, alunos do curso de especialização em Gestão das Redes Metropolitanas de Atenção à Saúde, realizado nas cinco regiões do Brasil em 2011 pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa em parceria com o Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS. A amostra foi intencional, e constituída por setenta e dois respondentes aos questionários, dentre os duzentos integrantes da turma de especializandos acima referidos, que foram convidados a participar da pesquisa.

### **2.2 AS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS**

Visando alcançar um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos, a abordagem qualitativa, segundo Minayo (2006), trabalha os significados, crenças, motivações, valores e atitudes, tendo em vista uma aproximação com o objeto de estudo. Na pesquisa qualitativa, a realidade é vista como uma construção social da qual o investigador participa, sendo que os fenômenos só podem ser compreendidos levando em consideração os sujeitos e seus contextos em interações recíprocas (Minayo, 2006).

Nesta fase qualitativa, os sujeitos entrevistados foram selecionados intencionalmente por representarem intelectuais orgânicos do SUS. Segundo Gramsci (2004), cada grupo social fundamental, com papel decisivo na produção, engendra seus próprios intelectuais, ditos "orgânicos" a este mesmo grupo social. Na sociologia gramsciana, os intelectuais de tipo orgânico, ao se desenvolverem, deparam-se com os de tipo "tradicional", herdeiros de formações histórico-sociais anteriores: clérigos, filósofos, juristas, escritores e outros. Estes intelectuais tradicionais carregam consigo um forte sentimento de continuidade através do tempo e veem-se como independentes em relação às classes sociais em luta. Estas últimas tentam capturar para si estes intelectuais tradicionais no processo da luta pela hegemonia. No caso da classe operária, para Gramsci, a luta seria no sentido de afirmar um novo intelectual, não mais afastado do mundo produtivo ou encharcado de retórica abstrata, mas apto a ser, simultaneamente, político e especialista. Em síntese, capaz de exercer uma função dirigente no novo bloco histórico (Gramsci, 2004, p. 15-16). Nesta pesquisa, os entrevistados são categorizados como intelectuais orgânicos ligados ao SUS.

Foram selecionados sete sujeitos com experiência prévia ou atual como formuladores e/ou gestores de redes regionalizadas de atenção à saúde em esfera nacional ou estadual ou municipal, conduzindo o planejamento e gestão de redes de atenção à saúde nos últimos dez anos.

Os usuários foram contatados pelo pesquisador e as entrevistas foram realizadas de forma individual, no local de trabalho dos entrevistados.

Dos sete entrevistados, dois exercem a função de Secretários no Ministério da Saúde, três são Diretores de áreas de gestão no Ministério da Saúde, três são ex-presidentes do CONASEMS, quatro são ex-secretários municipais de saúde, dois ex-secretários estaduais de saúde, e um atua como parlamentar federal.

As entrevistas basearam-se em um roteiro com questões abertas sobre a estrutura, funcionamento, características e recursos necessários para a implantação e desenvolvimento das redes de atenção à saúde no SUS. Também foi solicitada a avaliação das condições técnicas e políticas que influenciam no processo de planejamento, implantação e gestão, bem como a avaliação do estágio atual da

implantação de redes sanitárias no país. O registro das entrevistas foi feito por meio de gravação em um gravador digital, posteriormente transcritas para análise.

Minayo, referindo-se à entrevista semiestruturada, considera que *“suas qualidades consistem em enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação”* (Minayo, 1999:121).

Essa modalidade de entrevista permite que o informante aborde livremente o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Nessa perspectiva, é um instrumento que possibilita o diálogo, valoriza a presença do investigador e permite ao informante maior liberdade e espontaneidade do que um instrumento fechado. O modelo proposto de roteiro encontra-se no anexo C.

Foram realizados os seguintes procedimentos de análise das entrevistas: a) transcrição completa das entrevistas gravadas, objetivando a pré-análise do conteúdo; e b) constituição do corpo discursivo, que objetiva resguardar o contexto e a unidade das entrevistas.

### 2.3. ANÁLISE DOS DADOS DAS ENTREVISTAS

A análise dos dados obtidos nas entrevistas foi realizada com o auxílio do programa informatizado ALCESTE (Análise Lexical por Contexto de um Conjunto de Segmentos de Texto) em sua versão 4.7, desenvolvido na França por M. Reinert. A análise de dados textuais (ou estatística textual) é uma metodologia que visa descobrir a informação essencial contida em um texto.

### 2.4 O PROGRAMA ALCESTE

O ALCESTE é uma técnica de análise de dados textuais que possibilita a exploração da estrutura e a organização do discurso dos atores sociais, bem como permite o acesso às relações entre os universos lexicais que, possivelmente, seriam difíceis de identificar com o uso da análise de conteúdo tradicional (Reinert, 1990).

O *software* realiza, de maneira automática, a análise de diálogo, de entrevistas ou de um conjunto de textos diversos como obras literárias, artigos de revistas, romances. O objetivo é obter uma primeira classificação estatística dos enunciados simples do *corpus* estudado, em função da distribuição de palavras dentro do enunciado, a fim de apreender as palavras que lhe são mais características (Reinert, 1990).

Inicialmente, o banco de dados das entrevistas foi formatado. Cada entrevista é composta por conteúdos semânticos, de acordo com o banco de dados ou corpus a ser analisado pelo ALCESTE. Para formatação do corpus, foi realizado um único arquivo digitado no programa *Word for Windows 2007*.

O método procura reconstituir o discurso coletivo, a partir de uma análise textual das produções semânticas dos sujeitos, utilizando a relação entre as palavras, a frequência com que aparecem e suas associações em classes de palavras (cálculo do Qui-quadrado).

Em princípio, ao analisar o corpus das entrevistas, o programa identifica as Unidades de Contexto Inicial (UCI), representando cada entrevista, e está relacionada às respostas que os atores sociais mencionaram frente à pergunta norteadora. Em seguida ocorre a fragmentação e classificação em unidades menores chamadas de Unidades de Contexto Elementar (UCE). Essas UCEs são compostas de enunciados linguísticos que comportam uma ideia ou uma representação elaborada pelos sujeitos. Após a identificação e classificação das UCEs, o ALCESTE verifica a existência de recorrências, baseadas em contextos de semelhança identificando as palavras ou léxicos que se repetem nas entrevistas.

Nessa etapa, o programa realiza a análise estatística que possibilita a identificação de contexto de ocorrência de vocábulos fazendo uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que separa estes contextos em classes/categorias lexicais e apresenta as relações entre elas sob a forma de um dendograma. Isso consiste em dividir as UCE em classes, em função do vocabulário que as constitui, de maneira que se obtenha o maior valor possível numa prova de associação (Qui-quadrado) (Figura 3).

Na etapa seguinte o ALCESTE efetua uma Análise Fatorial de Correspondência (AFC), que permite descrever as ligações existentes entre diferentes variáveis qualitativas, em busca de uma ideia global ou de grandes fatores

dos dados recolhidos, permitindo, por um lado, visualizar as relações entre as falas dos sujeitos e, por outro, as oposições existentes nas falas produzidas pelos sujeitos. A Análise Fatorial é uma representação espacial das relações entre classes, onde suas posições refletem sua relação em termos de proximidade (Figura 4).

## 2.5 OS QUESTIONÁRIOS

Na segunda etapa da pesquisa, foi empregado um questionário (anexo D) para obter a percepção de gestores e gerentes atuantes em redes no SUS, contendo questões sobre o entendimento desses profissionais em relação ao funcionamento das redes de serviços de saúde, com base no instrumento empregado por Costa e Silva (2003) modificado. Os questionários foram analisados através do programa Excel, da empresa Microsoft, e disposto em tabelas, com freqüências absolutas e relativas.

## 2.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto de número 123/11 foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (anexo 2). Foi apresentado aos sujeitos, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, que garante a preservação da identidade e anonimato dos sujeitos, uma vez que se fez necessária a gravação da entrevista.

A pesquisa obteve a aprovação do Ministério da Saúde e do Instituto Sírío Libanês de Ensino e Pesquisa (anexos 3 e 4).

## CAPÍTULO 3 RESULTADOS DAS ENTREVISTAS

### 3.1 RESULTADO DA ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

A análise das entrevistas pelo ALCESTE resultou em seis classes discursivas, que contém as representações dos sujeitos a respeito do tema, com as seguintes características, com as seguintes características: classe 1 com 47 unidades de contextos elementares – u.c.e. (12%); classe 2 com 62 u.c.e. (16%); classe 3 com 43 u.c.e. (11%); classe 4 com 28 u.c.e. (7%); classe 5 com 26 u.c.e. (7%) e classe 6 com 172 u.c.e. (47%). Foram observadas as relações entre as classes e se efetuou a Análise Fatorial das Correspondências (AFC) a qual permite visualizar, sob a forma de um plano fatorial, as oposições resultantes da classificação hierárquica descendente

A figura 3 apresenta o dendograma com as relações entre as classes e suas relações de complementaridade entre si. Os resultados serão apresentados na ordem das classes conforme essas relações.

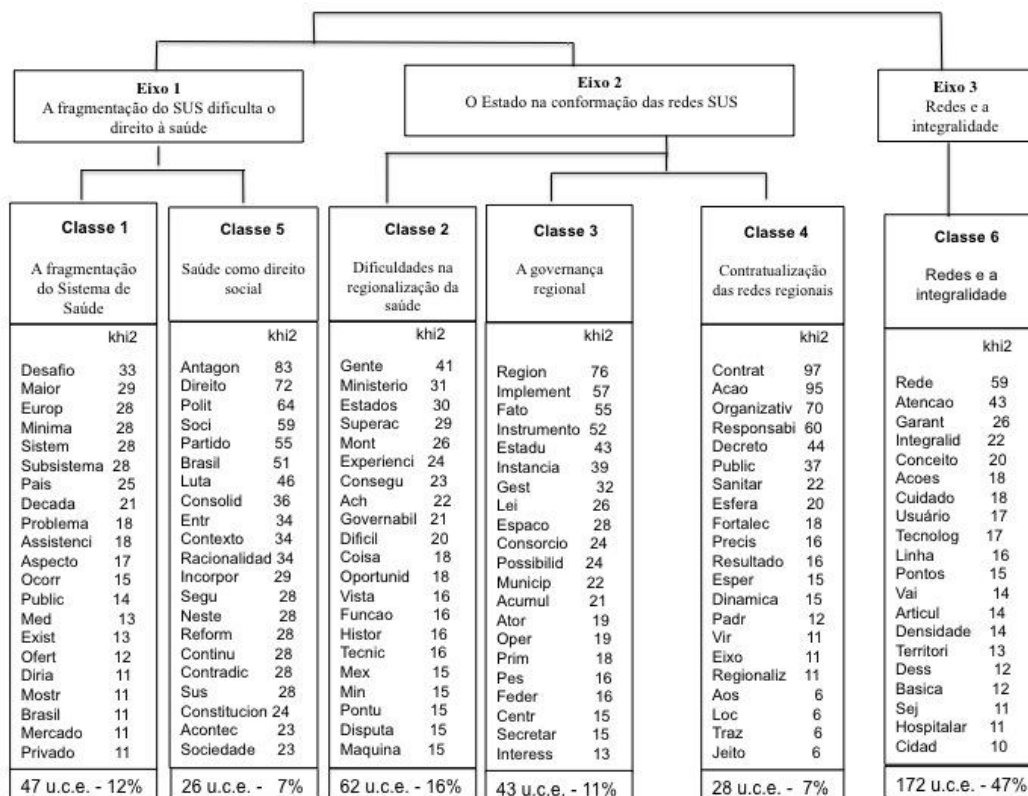


Figura 3 – Dendograma com a Percepção dos Formuladores de Política de Saúde sobre as Redes de Atenção à Saúde no Brasil.

Os resultados demonstraram na primeira etapa de análise, denominada Classificação Hierárquica Descendente, a existência de 3 eixos temáticos. O primeiro eixo, “A fragmentação do SUS dificulta o direito à saúde” é composto por duas classes temáticas: classe 1 – A fragmentação do Sistema de Saúde; e classe 5 – Saúde como direito social. O segundo eixo temático, “O Estado na conformação das Redes SUS” é composto pelas classes 2 – Dificuldades na regionalização da saúde; 3 – A governança regional; e 4 – Contratualização das redes regionais. O terceiro eixo, “Redes e a integralidade”, é composto pela classe 6 – com a mesma denominação.

Na figura com o dendograma (Fig. 3), observa-se que a classe 6 se encontra isolada, em oposição às demais, fornecendo assim um elemento de análise que coloca de um lado as redes, e de outro o Estado, sua política e seus estatutos de operação, legitimação e poder. Isto também se observa na análise fatorial mostrada na figura 4, abaixo.



Figura 4 – Análise Fatorial das correspondências em correlações. Percepções sobre redes regionalizadas de atenção à Saúde.



As classes 6 e 2 foram as que apresentaram maior especificidade, significando maior peso na construção do discurso dos sujeitos.

Na Análise Fatorial representada na figura 4, nota-se que, a Classe 6 –se tomarmos como base o eixo das abscissas ( eixo X) representada pelos termos Redes e Integralidade - encontra-se em polo oposto às demais classes, representadas por termos como Instrumento, Ministério, Regionalização, Estados, e termos como Política, Sociedade, Luta e Direito. Também é possível observar-se, ao tomar como referência o eixo das ordenadas (eixo y), que as classes 2, 3 e 4 (termos Ministério, Regionalização e Estados) estão em polo oposto em relação às classes 1 e 5 ( Termos Política, Sociedade, Luta e Direito). Essas oposições mostram que os elementos presentes nos discursos guardam distância na percepção dos sujeitos.

## EIXO I – A FRAGMENTAÇÃO DO SUS DIFICULTA O DIREITO À SAÚDE

### CLASSE 1 – A FRAGMENTAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

O ALCESTE forneceu uma tabela contendo o vocabulário característico para esta classe, sendo as mais importantes (maior Qui-quadrado): desafio, maior, Europa, mínima, sistema, subsistema, país, década, problema, assistência, aspecto, ocorre, pública, médico, existência, oferta, Brasil, mercado, privado, profissionais.

Nesta classe aparece a percepção sobre as diferenças entre os países, apontando os contextos históricos que os moldam.

A noção de que a conformação em redes dos sistemas de saúde consta como um desafio na agenda dos países desde o século passado. A constatação da fragmentação do sistema, levando a uma dificuldade em promover cuidados integrais à saúde e desperdício na manutenção financeira da política, levou alguns países a experiências diversas para a integração de seu sistema de saúde.

Primeiro que a gente teve um grande desafio que foi a extensão da cobertura na própria atenção primária, só na década de 90, enquanto toda a Europa fez (isso) logo no pós-guerra, a Inglaterra já começou no início do século 20 [...] Na verdade, ela (a ideia de Redes de saúde) é uma agenda bem mais antiga; se formos lembrar o início do século passado, na Inglaterra, quando o relatório Dawson foi publicado, ele tinha como pressuposto essas ideias que nós estamos conversando. É um desafio bastante presente na macro-agenda do SUS e com o Pacto pela Saúde em 2006 ela retornou com mais força, e a regionalização é citada diversas vezes como uma necessidade importante no sistema de saúde (Entrevistado 7).

É mencionada a comparação entre o Brasil, Europa, e países da América Latina. A segmentação do sistema de saúde é apontada como um dos fatores que influenciou na maior ou menor fragmentação, levando a diferentes estágios das nações no seu enfrentamento.

Portanto nós avançamos no sentido de construir um sistema mais integrado do ponto de vista macro da sua organização. Os países da América Latina que não conseguiram construir este movimento social e unir os seus subsistemas têm dificuldades ainda maiores que os nossos, por que estão muito similares àquela época pré-SUS; [...] eles tem, por exemplo, seus sistemas muito segmentados. [...] tem sistemas que conseguiram integrar mais, como é o caso do Chile, como é o caso da Costa Rica, alguns poucos países, mas a maioria são mais segmentados que nós, portanto o desafio é maior que o nosso, ao passo que países com sistema universal mais consolidado que o nosso, como são os europeus, tais como Inglaterra, Itália, Espanha, etc., eles deram um passo à frente porque eles tem o

subsistema público deles mais fortalecido; tem sistemas privados, alguns mais fracos, outros mais fortalecidos, mas tem o sistema público bem mais fortalecido. [...] Como nós temos um problema estrutural maior que esses sistemas mais consolidados como os da Europa, evidentemente existe uma dificuldade maior; então nós estamos nessa situação intermediária entre os sistemas com maior dificuldade, como os latino-americanos, e outros com maior facilidade. [...] E tem o sistema americano, com outra lógica; o sistema americano, na década de 90 ele investiu muito no processo de integração, mas com uma lógica distinta daquilo que ocorreu na Europa. (Entrevistado 7).

A melhoria no financiamento do sistema é posta como fator condicionante para uma maior ou menor integração do sistema.

Tem a ver com a necessidade de condição mínima para estruturar os sistemas universais de saúde. Existem algumas pesquisas que mostram que os sistemas universais de saúde, para se consolidarem precisam de um gasto público entre 6 a 8 por cento do PIB, mas nós estamos entre 3,4 por cento, então isso também é um desafio importante (Entrevistado 7).

A carência de profissionais para atuar na atenção primária, o papel do aparelho formador do profissional de saúde e as pressões exercidas nesse elemento pelo mercado também foram destacados como conformadores da fragmentação do sistema em nosso país.

Nós temos poucos profissionais com formação de generalistas, temos, aliás, falta de profissionais no geral no país, não apenas com formação de generalista, mas quantitativamente a gente, diferentemente de outros sistemas que tem atenção primária mais qualificada,

que tem 50 por cento, 55 por cento do total de médicos em atividade com uma formação minimamente adequada em atenção primária; no Brasil nós não temos isso. [...] Nos temos uma alta rotatividade de profissionais, a nossa oferta assistencial na área médica da atenção primária é muito inferior ao necessário [...] Mas todo o processo de formação dos profissionais de saúde é muito mais influenciado pelo interesse do mercado do que pelo interesse público, tanto é verdade que, por exemplo, na área médica é a maior dificuldade (Entrevistado 7).

## CLASSE 5 – SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL

O ALCESTE forneceu uma tabela contendo o vocabulário característico para esta classe, sendo as mais importantes (maior Qui-quadrado): antagonismo, direito, políticas, sociais, partido, Brasil, luta, consolidação, contexto, racionalidade, incorporou, reforma, contradição, SUS, constitucional, sociedade.

Nesta classe surge a percepção da necessidade de luta da sociedade pela consolidação dos direitos da saúde, em um sistema onde há disputa entre os direitos constitucionais, (avanços) e os interesses econômicos contrários ao SUS.

Olhando para este contexto, nós temos que entender que o nosso papel de defensores da ampliação dos direitos sociais, especialmente na área da saúde, é fortalecer este movimento, se existe antagonismo nos grandes movimentos políticos da sociedade brasileira neste contexto, o nosso papel é fortalecer este mecanismo [...] nós acumulamos um conjunto de atores, de protagonistas, que incorporaram essa ideia de direito com muita força no Brasil [...] não se admite hoje, tanto

por essa cultura de direito que se criou que é um patrimônio do SUS que uma pessoa padeça não rua sem atendimento numa situação de urgência, a sociedade não permite isso e, portanto, o setor público precisa ter uma organização suficiente para dar acesso a isso (Entrevistado 7).

Portanto nós precisamos pressionar para que a ampliação dos direitos aconteça e por outro lado entender o seguinte, que a sociedade brasileira como um todo é que precisa incorporar o SUS constitucional nessa agenda de mudanças e eu acho que é isto que nos falta, é isso que não está acontecendo (Entrevistado 7).

Existe, na percepção dos FPS, um antagonismo entre a proteção social e a macroeconomia.

Do ponto de vista da análise sociológica, não há como ser diferente: os movimentos que procuram organizar o Estado brasileiro neste contexto são alguns influenciados pela racionalidade da macroeconomia e outros influenciados pela racionalidade da proteção social; então é natural que nos Estados modernos este antagonismo exista. Portanto seria ingenuidade da nossa parte que o processo político de consolidação de políticas sociais não estivesse em um contexto onde este antagonismo faz parte do processo político (Entrevistado 7).

Na visão dos entrevistados, o SUS enfrenta forças políticas antagônicas organizadas, contrárias ao seu desenvolvimento, ressaltando o papel dos

movimentos sociais e gestores como defensores do SUS nessa arena política da saúde.

Então nós vivemos em forças antagônicas atuando no cenário político brasileiro, as forças que estimulam o avanço do SUS representadas pelos movimentos sociais, por gestores comprometidos com este sistema, por atores políticos comprometidos com este sistema e outras forças que na verdade obedecem outra racionalidade que não é aquela do SUS, portanto, o SUS é uma resultante de forças antagônicas (Entrevistado 7)

Há um sentimento de que a reforma sanitária brasileira ainda não está concluída, e conforma um processo político envolvendo de modo amplo a sociedade brasileira.

[...] o movimento da reforma sanitária brasileira continua, a reforma da saúde brasileira não está concluída, o SUS é inconcluso ainda hoje e só vai ser concluído em uma luta política que envolva sociedade, não adiante só envolver partidos políticos, partido político tradicional que entrou no poder e imaginávamos que ele faria a reforma necessária, ele acaba sendo dominado pela racionalidade da macroeconomia e a luta política tem que ser no campo da sociedade brasileira como um todo mesmo, não é apenas na luta no campo partidário (Entrevistado 7).

## EIXO II – O ESTADO NA CONFORMAÇÃO DA REDE SUS

### CLASSE 2 – DIFICULDADES NA REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE.

O ALCESTE forneceu uma tabela contendo o vocabulário característico para esta classe, sendo as mais importantes (maior Qui-quadrado): gente, Ministério, estados, superar, experiência, governabilidade, difícil, oportunidade, função, histórica, técnico, disputa, máquina.

A classe 2 – Dificuldades na regionalização da saúde, apresenta a segunda maior especificidade de conteúdo lexical, indicando a sua importância na construção de significados da percepção sobre as redes.

Na classe 2, o discurso dos sujeitos volta-se para a atuação do Estado na estruturação da política sanitária para a superação da fragmentação do sistema.

Há um reconhecimento da fragmentação do SUS decorrente do processo de municipalização induzido pelas normas operacionais.

Pra mim o que é mais forte como grande objetivo é a gente conseguir superar a fragmentação que não era o ideal, do ideário do SUS, mas que ao longo do tempo em função das diversas normativas e até pela herança histórica de onde veio o SUS, a gente tem um sistema fragmentado, a gente tem uma fragmentação muito difícil de ser superada (Entrevistado 2).

A construção de redes pode contribuir para um financiamento sustentável pela redução e ajuste das necessidades, permitindo ampliar o processo de integração, resultando em melhoria da qualidade da atenção.

O grande objetivo de discutir redes é superar a fragmentação histórica do sistema; superando isso a gente aumenta a qualidade da atenção prestada, a gente passa a discutir um financiamento mais adequado e sustentado, um financiamento suficiente, porque a

rede permite um controle maior numa lógica de produção, a gente consegue enxergar aquilo, um controle de uma experiência, de a gente enxergar, e olha, pra este tamanho, esta qualidade, esta integração, custa tanto, a gente consegue mensurar informação, a gente tem mais subsídio pra financiar adequadamente e, conseqüentemente, garantir uma qualidade dessa atenção melhor [...] um sistema desfragmentado a gente consegue dimensionar melhor a oferta, a gente consegue financiar adequadamente, a gente consegue dar resposta qualificada ao usuário, o sistema se responsabilizando pela saúde dele, e não o usuário sair de um ponto pra outro com um papel na mão buscando atendimento; o sistema se responsabilizada porque o fluxo está dado, ele vai sair deste ponto, ele vai fazer isto neste ponto e alguém está coordenando que isto aconteceu de fato. Com isso a gente vai melhorar a eficiência, o dinheiro vai ser mais bem gasto, a gente consegue enxergar melhor pra onde está indo o recurso e se ele está sendo utilizado de uma forma adequada (Entrevistado 2).

Há consciência da ampliação dos papéis dos entes federativos, em um processo de parceria e colaboração mútua.

O ministério está muito mais próximo, porque pra gente conformar redes, isso implica numa mudança de processo de trabalho e o modo de fazer gestão, que significa em horizontalizar relações, se aproximar, porque o ministério teve historicamente uma função muito normativa, e os estados e municípios mais executores; o ministério está muito mais próximo agora assumindo essa responsabilidade junto com estados e municípios num aporte técnico, num aporte financeiro, então a gente tem hoje maturidade; é precoce falar, mas



está muito fértil e muito rico, é uma coisa que eu nunca tinha visto antes, o país inteiro. (Entrevistado 2).

O financiamento é visto como instrumento de equidade na ação do Estado, reduzindo as desigualdades regionais.

[..] do ponto de vista da equidade, porque se não as experiências exitosas são pontuais, mas são pontuais sempre em regiões historicamente privilegiadas do ponto de vista de recurso financeiro, porque quem tinha serviço, equipamentos de saúde conseguiu manter financiamento, essa história toda do dinheiro do SUS. Hoje a gente consegue chegar com uma oferta diferente e estas regiões sempre estarão avançadas, porque do ponto de vista do desenvolvimento do país são regiões desenvolvidas economicamente [...] porque tem algumas coisas que nesse processo de dívida histórica que são inadmissíveis, eu vou dar um exemplo: o estado do Amapá é um estado de 800.000 habitantes e 16 municípios; historicamente o Norte, na região Norte, a gente tem essa dívida histórica. O Amapá tem um mamógrafo – quebrado! [...] você for pegar parâmetro na frieza dos números, teoricamente o estado no Amapá não era pra ter nem um mamógrafo; essa é uma especificidade que é obvio que assim não dá pra falar, que a gente vai pegar as amapaenses e vai mandar pra Belém, pra fazer uma mamografia vai ter que viajar horas; tem que olhar o usuário, a gente tem que garantir o acesso, tem que ser responsável, não dá pra pessoa fazer uma mamografia e viajar um estado [...] o Norte e o Nordeste são prioridades para todas as redes, então para os outros estados não é que não vai ter, mas para os outros estados, as regiões metropolitanas em função da maior concentração de população, muitas vezes associada a bolsões de pobreza, as situações sociais importantes são as prioridades, mas a Amazônia Legal

e Nordeste são uma prioridade em si, não ficar pontuando e localizando dentre os frágeis, quem é mais frágil, tem uma dívida histórica com essa região que a gente por definição e determinação de governo é pra buscar a superação, não aumentar essa iniquidade, mas isso é com o tempo, não é no processo de um ano, dois anos (Entrevistado 2).

A identificação de insuficiência de recursos humanos para a gestão do sistema é identificada como uma fragilidade do sistema, afetando sua capacidade de dar respostas.

[...] Do ponto de vista do triângulo de Matus, temos um plano e ele é bom, temos governabilidade, para operá-lo, temos uma limitação que é a capacidade de gestão, a nossa capacidade de gestão hoje aí está falando do ministério, mas eu acho que a gente pode ampliar que aqui acaba refletindo em estados e municípios que é: a gente tem uma baixa capacidade de gestão para operar [ o sistema], isso do ponto de vista de recursos humanos e técnicos aqui no ministério em função do processo histórico de não ter concurso, da precarização do trabalho; isso vai se refletindo [se reproduzindo] lá na ponta, nos serviços, aí é uma capacidade de gestão; não é que não tenha gente técnica e boa e envolvida e comprometida, mas o desafio é grande e não é tão fácil, nós mantemos muitos contratos precarizados. Isso tudo é uma dificuldade muito grande. Se o ministério tem dificuldade de operar um bom plano, que tem governabilidade pra isso, mas tem uma dificuldade gestora de operar isso – não de interesse, não de vontade – é uma limitação da máquina. Isso tem reflexo nos municípios que também têm a mesma limitação, isso tem reflexo nos estados que também têm essa limitação (Entrevistado 2).

A estratégia de organização das redes regionalizadas de atenção à saúde é vista como uma grande oportunidade do Estado conseguir resgatar o papel do SUS perante a sociedade brasileira.

Eu acho que [a organização das redes] é uma grande oportunidade de a gente reposicionar o SUS pra sociedade, colocá-lo no seu devido lugar, isso me move intensamente (Entrevistado 2).

Há disposição para a construção do sistema a partir da assunção das corresponsabilidades e do diálogo entre os entes, superando os entraves políticos; entretanto persistem as dificuldades no campo da operacionalização.

Eu acho que tem uma corresponsabilidade grande, um entendimento muito harmônico dos grandes eixos; não temos dificuldades conceituais, temos dificuldades operacionais de governança, de sustentabilidade que às vezes tem contradições no campo da política, mas eu acho que a gente tem uma grande harmonia conceitual e operativa, dificuldade são mesmo operacionais, (Entrevistado 3).

### CLASSE 3 – A GOVERNANÇA REGIONAL

O ALCESTE forneceu uma tabela contendo o vocabulário característico para esta classe, sendo as mais importantes (maior Qui-quadrado): regional, implementação, instrumento, estadual, instância, gestão, lei, espaço, consórcio, possibilidades, municipal, acúmulo, ator, operar, peso, federal, secretarias.

Surge nesta classe a preocupação com a governança das redes regionais de saúde, a ser construída entre os entes federativos.

Há dúvidas sobre como vão se dar os arranjos para a conformação da governança nas regiões de saúde.

[...] os instrumentos do decreto 7508, ele traz como instrumentos o planejamento regional integrado; a partir deles você tira o mapa de metas e a partir do mapa de metas você faz um contrato com os entes, de responsabilidades. Pra mim é a grande fragilidade, qual a instância de governança que vai fazer isso? Ela [a região] tem instrumentos e arranjos de gestão pra dar conta disso? Tem um espaço virtual de pactuação de compromissos, mas não é uma instância de gestão regional, não tem instrumentos, não está empoderada, não tem esse poder, aí volta a fragmentação da gestão municipal, da gestão estadual e muitas vezes o ministério não consegue conformar essa instância de gestão regional e essa instância de gestão regional não é prevista na nossa constituição, os espaços de gestão são o espaço municipal, é o espaço estadual e o espaço federal [...] A gente tem criado um rol de possibilidades pra ir avançando na questão na implementação de redes, nós já estamos com mais dispositivos pra isso, mas eu ainda coloco como uma grande fragilidade nossa, a questão da instância de governança regional; essa instância de governança regional vai ser um departamento, uma gerência estadual de secretaria de estado que vai abrir espaço de fazer co-gestão com os municípios daquela região? Ou vamos apostar em

consórcios verticais em que podem participar os municípios e também o estado. [...] Pra mim esse é um nó que se não for enfrentado a gente vai continuar mais no desejo e no discurso e menos na operatividade das redes (Entrevistado 1)

A legislação recente sobre regionalização, além de dar novas diretrizes para a melhoria da organização das regiões de saúde, coloca em foco a criação de mecanismos que facilitam a transferência de recursos no SUS.

[...] pra mim a grande questão do momento é: quais as estratégias que nós estamos operando pra implementar redes e que potência essa estratégia tem? Por exemplo, no COAP[ Contrato Organizativo de Ação Pública], os instrumentos do decreto 7508 [de 2011], ele traz como instrumentos o planejamento regional integrado, a partir dele você tira o mapa de metas e a partir do mapa de metas você faz um contrato com os entes, de responsabilidades. [...] O decreto permite você repassar recursos com base regional, o decreto 7508 abre uma possibilidade e a lei complementar 141 [de 2012] que regula a lei 29 [Emenda Constitucional 29] permite que um ente repasse recurso pro outro, é possível o fundo municipal e o fundo estadual ter o repasse de recursos sem a necessidade de convênios (Entrevistado 1).

É feita avaliação do estágio atual do grau de implantação e dos condicionantes políticos para a construção de redes no Brasil.

Eu acho que é incipiente se a gente considerar que a nossa imagem-objetivo nas 430 e tantas regiões a gente [ quer] implementar igual número de redes, ou seja, toda a região de saúde se conformar como rede. Eu acho que estamos em um estágio muito incipiente,

estamos elaborando os instrumentos, estamos na fase de convencimento de construção de consensos com as autoridades políticas estaduais, municipais; a autonomia de um secretário municipal ainda é pequena, a nossa subordinação ao desejo imediatista do desejo do prefeito, do governador e do presidente da república ainda fala mais alto que nossa racionalidade técnica de implementação do SUS; a gente tem uma correlação de forças na sociedade ainda complicada em relação ao apoio societário pra radicalização da implementação do SUS (Entrevistado 1).

É percebida a necessidade de se contar com uma estrutura de governança regional, que otimize a cogestão no território, articulando as redes de cuidados integrais.

[...] No geral, as gerências regionais, os departamentos regionais das secretarias estaduais não têm instrumentos de cogestão com os municípios, tem iniciativas de alguns consórcios intermunicipais com o apoio do estado que cria um grau de capacidade de gestão regional, mas muito centrada, tipo gestão regional do SAMU, gestão regional do transporte sanitário, gestão regional da central de regulação, nós temos acúmulo. Diferente da experiência espanhola que a região de fato contrata, paga, tem uma instância de governança com os instrumentos pra fazer a gestão regional, tem o conselho diretor da região com os atores que de fato tem de estar nesse conselho diretor, e então o processo da experiência espanhola está muito mais avançada do que as experiências que a gente tem em curso aqui no Brasil (Entrevistado 1).

## CLASSE 4 – CONTRATUALIZAÇÃO DAS REDES REGIONAIS

O ALCESTE forneceu uma tabela contendo o vocabulário característico para esta classe, sendo as mais importantes (maior Qui-quadrado): contrato, organizativo, ação, responsabilidades, decreto, pública, sanitária, esfera, fortalecer, precisa, resultado, dinâmica, padrão, eixo, regionalização, locais.

Nesta classe, a percepção dos FPS remete à necessidade de se ter instrumento jurídico na definição das responsabilidades dos entes federativos na constituição das redes regionais.

Preocupações com indefinições dos papéis são perceptíveis no olhar destes.

O decreto 7508 que foi publicado em junho, como você já sabe, ele traz o tema da gestão intergovernamental como um tema importante, em uma determinada região; nós precisamos ter mecanismos mais adequados de fazer a gestão intergovernamental, estabelecendo responsabilidades mais claras para cada esfera de governo naquela região; entrariam nessas responsabilidades, entre outras coisas, o financiamento que cabe à esfera municipal, estadual e federal para organizar aquela região; o acesso aos serviços de determinado nível de complexidade, será a responsabilidade de quem nessa pactuação da região, da esfera federal, estadual ou municipal? Como substanciar isso em contratos organizativos de ação pública que são os COAPs, onde as esferas federal, estadual e municipal teriam definidas neste contrato suas responsabilidades, partindo do pressuposto de que a gestão intergovernamental precisa ter uma institucionalidade jurídico-legal mais adequado? Vai funcionar? Tenho dúvidas, eu acho que poderá representar um avanço, mas qual vai ser a dificuldade? Quem dificultará um estado que não quiser financiar de

forma solidária a atenção primária? Até hoje muitos estados não financiam nada da atenção primária, com o contrato quem os obrigará a assumir essa responsabilidade? (Entrevistado 7).

O Contrato Organizativo de Ação Pública, instituído pelo decreto 7508/2011 é referido como importante instrumento de organização e institucionalização das redes de saúde.

A portaria 4279, e mais atual, do ano passado, o decreto que regulamenta a 8080 que também traz a situação das redes e que tem como um dos seus dispositivos o Contrato Organizativo de Ação Pública, que eu acho que ele na governança qualifica muito essa discussão, considerando que é elemento constitutivo, precisa ter pra acontecer; sem um dos elementos constitutivos a gente vai ser “capenga” na constituição de redes. A regulação da lei 8080, mais especificamente através do decreto, em todos os seus dispositivos, mas aí com uma força maior pro Contrato Organizativo de Ação Pública que fortalece as relações interfederativas (Entrevistado 2).



## EIXO III – REDES E A INTEGRALIDADE

### CLASSE 6–REDES E A INTEGRALIDADE

O ALCESTE forneceu uma tabela contendo o vocabulário característico para esta classe, sendo as mais importantes (maior Qui-quadrado): redes, atenção, garantir, integralidade, conceito, ações, linha, cuidado, usuário, tecnológica, pontos, articulação, densidade, território, serviços, básica, hospitalar, cidadão.

Esta classe apresentou a maior especificidade de conteúdo lexical nesta pesquisa, indicando ser a mais importante na construção de significados da percepção sobre as redes de atenção à saúde pelos sujeitos.

Nesta classe estão presentes os conceitos das redes, implicando-os com o alcance da integralidade do cuidado. A integração (ou conexão) é a condição para indicar a dinâmica deste arranjo.

A rede na verdade é um conjunto de estabelecimentos, serviços e ações em saúde e políticas que devem permanecer em conexão, em articulação para produzir a integralidade (Entrevistado 4)

Redes de atenção à saúde é um conjunto de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, este é um conceito que eu gosto muito porque a gente foge um pouco da coisa dos níveis de complexidade, porque diferentes densidades tecnológicas estão muito mais relacionadas à complexidade de saúde. [...] rede de atenção à saúde não é uma integração de equipamentos de saúde, ela é uma integração de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas que vão se complementando e vão se articulando pra garantir pro usuário em uma

determinada patologia a integralidade da atenção (Entrevistado 2).

Há a percepção de que as linhas de cuidado sozinhas não constituem redes de saúde, mas podem ser um modo de iniciar sua construção.

Atualmente, por opções conceituais e oportunidades que aconteceram nesse governo a gente discute redes temáticas, entre aspas, que conceitualmente são linhas de cuidado que devem perpassar essa rede de atenção à saúde, e aí as redes temáticas são para uma questão de facilitar o diálogo, vários motivos, de marketing, este tamanho eu nem sei dar porque redes temáticas, mas para mim redes temáticas não são redes de atenção à saúde, mas ela [rede temática] é um feixe, uma linha de cuidado que dentro de uma rede, e no momento é prioridade nesse governo [...] e não significa que a gente garantindo o desenho de linha de cuidado a gente está garantindo uma rede de atenção à saúde na sua completude (Entrevistado 2).

A necessária articulação (interdependência na discussão), é evidenciada, quer entre os atores ou entre os serviços.

[...] tem o sentido de facilitar esse movimento dos atores, da interação das equipes. Então esse é o conceito de que os vários pontos de atenção se articulem buscando para aquela população garantia da integralidade da atenção a partir de uma necessidade de saúde, de um planejamento regional (Entrevistado 3).

isso exige vários pontos de atenção articulados, organizados pela atenção básica, majoritariamente com

as equipes da saúde da família, tudo isso pra garantir, principalmente para os crônicos, o que a gente tem chamado de longitudinalidade, ou seja, cuidar das pessoas ao longo da vida, ao longo das suas necessidades que variam com vários pontos de oferta de atenção organizados por uma equipe da atenção básica (Entrevistado 3).

A definição de redes varia entre os FPS, mostrando uma polissemia do termo. Para alguns deles, redes são formadas por serviços de finalidade semelhante; para outros, as redes constituem-se por conjuntos de serviços de diferentes densidades tecnológicas. Alguns percebem redes como o conjunto de redes temáticas, como atualmente vem sendo desenvolvidas no SUS. Há também os que têm a percepção de que as linhas de cuidado não representam o conceito de redes no todo, apesar de serem denominadas redes temáticas.

Eu faço uma divisão de redes assistenciais e redes de serviço, onde eu acho que a atenção primária é uma rede importante, a atenção especializada é outra rede que muitas vezes está implicada com a rede hospitalar, a urgência e emergência acaba sendo outra rede e a saúde mental também se configura como uma rede importante, eu sempre trabalho com a ideia de 5 grandes redes que se articulam. Eu acho que tem um fator de confusão muitas vezes quando se trabalha com diferença de redes e linha de cuidado e muitas vezes o que se chama de rede não é uma rede é uma linha de cuidado [...] se você pegar em tese a terapia renal substitutiva, é uma linha de cuidado dentro de uma rede ambulatorial especializado, o câncer, é uma linha de cuidado que está presente em várias redes assistenciais. A rede vai estar na rede hospitalar, na rede de atenção primária, é uma linha de cuidado que

faz um percurso em espiral em várias linhas de cuidado, as redes assistenciais percorrem as linhas de cuidado (Entrevistado 5).

Eu costumo dizer que nós temos 5 tipos de redes pela natureza, pelo tipo de tecnologia, tipo de profissionais envolvidos, o objeto; então são: rede de atenção psicossocial, rede de atenção ambulatorial especializada, rede de atenção hospitalar, rede de atenção de urgência e emergência que tem tecnologias que são compartilhadas no interior do hospital, mas o modo que elas são usadas no pronto-socorro e o modo como se organizar o modo produtivo no pronto-socorro e principalmente a imperatividade da demanda acaba caracterizando, marcando como um tipo de estabelecimento com características que conformam uma rede específica; e a rede de atenção primária em saúde também pela natureza, pela porta aberta, pelo trabalho em vigilância em saúde que é muito típico desse tipo de equipamento (Entrevistado 6).

Atualmente, por opções conceituais e oportunidades que aconteceram nesse governo, a gente discute “redes temáticas” que conceitualmente são linhas de cuidado que devem perpassar essa rede de atenção à saúde e aí as redes temáticas são para uma questão para facilitar o diálogo [...] mas para mim redes temáticas não são redes de atenção à saúde, mas ela é um feixe, uma linha de cuidado dentro de uma rede (Entrevistado 2).

Redes de atenção à saúde na minha concepção são serviços de saúde situados em um determinado território que devem estar adequadamente integrados para prestar um atendimento de qualidade às pessoas daquele território, portanto para que visualizemos uma rede de saúde precisamos ter uma base territorial, os serviços ali instalados nas suas diferentes densidades

tecnológicas, fluxos adequados para que estes usuários daquele território transitem entre os serviços de diferentes densidades tecnológicas, um serviço de regulação e governança para que estes diferentes fluxos, acessos e interações entre as organizações que compõem a rede se articulem adequadamente e potencializem suas ações e atividades no sentido de integrar a rede (Entrevistado 7).

A dimensão e o desenho das redes é um processo que deve ser pactuado e planejado com base nas necessidades dos usuários de cada território que conforma as regiões de saúde.

O melhor desenho é aquele que responde às necessidades de saúde da população, daquela determinada população, daquele determinado território [...] O melhor desenho é aquele que vai garantir para aquela população resposta oportuna no momento que ela precisa que garanta isso, ai nós vamos ter os mais derivados desenhos, graças a Deus, porque ele vai refletir as necessidades do país (Entrevistado 2).

Eu não acho que tenha desenho ideal, eu acho que ela tem que ter essa plasticidade de ir lá na região, planejar, ouvir o usuário e ver o percurso, ver o vazio existencial e ai construir o desenho (Entrevistado 4)

É referida a importância de que se fortaleça a governança regional das redes; há noção do desafio de se construir regiões de saúde integrando entes autônomos em um processo de interdependência e cooperação interfederativa.

[...] a rede tem que ter uma coordenação estadual porque essas regiões vão ter que se articular entre si, tem que ter a responsabilidade dos prefeitos, eu acho

que o contrato organizativo de ação pública que nós estamos implantando no decreto vai ser um avanço no aprimoramento de governança dessas redes [...] Eu acho que a finalidade é dar uma resposta à necessidade de articulação, de que a continuidade do cuidado, o organizador do sistema é atenção primária, só que esse desenho de atenção primária que já se constituiu uma rede importante, o cidadão muitas vezes precisa fazer um percurso dentro do sistema de saúde para resolver seu problema, essa articulação desse fluxo dele dentro do sistema tem que estar organizado nessas redes assistenciais [...]O grande desafio hoje nosso está ligado no desenho interfederativo, porque você tem entes autônomos pra construir redes regionais [...] garantir a articulação regional que você possa gerenciar isso, que você não tenha um ente na república brasileira na região, a gente vai ter que articular esse ente dentro do novo desenho e as redes assistenciais vão propiciar isso. (Entrevistado 5).

Esta classe mostrou termos cuja ausência é significativa, possibilitando o entendimento dos mesmos ora como complementares, ora em oposição ao discurso dos sujeitos. Na lista de palavras-chave ausentes destacam-se: “SUS”, “público” e “Ministério”.

## **CAPÍTULO 4 DISCUSSÃO DAS ENTREVISTAS**

A discussão será norteadada pelos 3 eixos temáticos resultantes da classificação hierárquica descendente gerada pela análise das entrevistas.

A análise dos discursos revelou inicialmente que, para apresentar suas percepções sobre as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde, os FPS referiram-se aos componentes da política de saúde brasileira dos últimos 30 anos. Por conseguinte, interpretaram a evolução das redes relacionando-as ao processo de evolução histórica do SUS.

### **EIXO 1–A FRAGMENTAÇÃO DO SUS DIFICULTA O DIREITO À SAÚDE**

Este eixo é formado por duas classes lexicais, e a borda o desafio de consolidar a saúde como um direito social inscrito na constituição, frente à fragmentação histórica do sistema de saúde brasileiro. As classes componentes deste eixo são: “A fragmentação do Sistema de Saúde” e “Saúde como direito social”.

A organização do sistema de saúde em redes surge no início do século passado na Inglaterra, quando o Relatório Dawson foi publicado, a partir da constatação de que o sistema de saúde inglês era muito fragmentado, colocando na agenda da política pública inglesa a necessidade de integração (Dawson, apud OPAS, 1964).

O relatório Dawson, publicado em 1920, já continha observações sobre o modo de expandir o acesso, reduzir a segmentação entre os serviços e a fragmentação do cuidado na rede assistencial inglesa. Em seus objetivos, este relatório traz a proposta de integrar as ações curativas e preventivas e disponibilizar os serviços de saúde segundo as necessidades de saúde da população (Silva, 2011).

Noventa anos após a sua publicação, o relatório Dawson nunca foi tão atual em sua concepção original, sendo seus objetivos similares aos dos governos contemporâneos que buscam a integração de seus sistemas, visando superar o modelo cujo padrão de assistência à saúde é essencialmente hospitalar e curativo, que prioriza os eventos agudos das enfermidades.

A importância das redes regionalizadas de saúde se coloca, por conseguinte, na agenda dos governos, a partir da constatação de que os sistemas de saúde não funcionam integrados, são fragmentados. O desenvolvimento das redes é uma proposta que tem como pressuposto fundamental a integração das ações e serviços dos sistemas de saúde.

Na prática social, os Sistemas de Atenção à Saúde podem apresentar-se por meio de diferentes formas organizacionais. Na experiência internacional contemporânea, a tipologia mais encontrada é de sistemas fragmentados e Redes de Atenção à Saúde.

Entre as principais causas da fragmentação dos sistemas e serviços de saúde de uma região, a OPAS (2010) refere: a segmentação institucional do sistema de saúde; descentralização dos serviços de saúde que fragmenta os níveis de atenção; predomínio de programas focados nas doenças, riscos e problemas específicos (programas verticais), que não estariam integrados ao sistema de saúde; separação extrema de serviços de saúde pública e dos serviços de atenção às pessoas; modelo de atenção centrado na doença, no cuidado de episódios agudos e na atenção hospitalar; problemas da quantidade, qualidade e distribuição de recursos; comportamentos da população e dos prestadores de serviços que são contrários à integração; obstáculos jurídicos e administrativos; práticas de financiamento de alguns organismos de cooperação/doadores internacionais que promovem os programas verticais e fragmentados.

Também têm sido estudados fatores que influenciam na integração dos sistemas de saúde. Reformas que substituem a concepção seletiva no acesso trocando-os por sistemas nacionais de saúde com acesso universal, representam condições mais favoráveis para a organização de redes assistenciais integradas (Silva, 2011). Perdomo (2008 apud Silva, 2011:2754) assinala os seguintes requisitos para a consolidação de sistemas universais de saúde: (1) gasto público superior a 6% do PIB, como condição necessária, mas não suficiente; (2) eficiência



dos gastos e das instituições componentes; (3) participação da população na gestão dos serviços; (4) aliança público-privada subordinada às necessidades do sistema nacional de saúde; e (5) sistemas baseados na atenção primária à saúde.

Nesta investigação, os FPS reconhecem que o Brasil ainda não logrou a consolidação do SUS como sistema universal, nem sua integração em redes regionalizadas, de modo a responder às principais necessidades da população. Na sua percepção, a concretização do SUS como sistema universal ainda não é plena, estando o Brasil em uma posição intermediária entre a Europa e América Latina.

A fragmentação do sistema brasileiro vem sendo motivo de reiterada preocupação, como revela o próprio texto da NOB-SUS 1996, onde se menciona, ao lado das vantagens da responsabilização dos gestores municipais, “o elevado risco de atomização desordenada dessas partes do SUS, permitindo que um sistema municipal se desenvolva em detrimento de outro, ameaçando, até mesmo a unicidade do SUS”.

Observação nesse sentido também está registrada na própria NOAS-2001, onde se lê que “A implementação do SUS contribuiu pouco, no entanto, para a integração da saúde nas regiões que agregam diversos municípios, possivelmente pela pouca ênfase dada à regionalização”.

Desse modo, ao longo dos 25 anos de implantação do SUS, houve um contínuo processo de descentralização focado na municipalização, porém não acompanhado pela regionalização, o que manteve a fragmentação nos milhares de sistemas municipais e não permitiu a conformação de redes integradas de saúde.

Outro aspecto ressaltado nesta pesquisa pelos sujeitos entrevistados é o subfinanciamento da saúde. Na percepção dos mesmos, uma das maiores dificuldades para a integração do SUS deriva do baixo nível de recursos investidos na política de saúde brasileira.

A estruturação dos sistemas de saúde está na dependência da garantia de recursos para o seu financiamento, e varia conforme o grau de desenvolvimento socioeconômico dos países. Com o crescimento populacional, a mudança no perfil demográfico e epidemiológico, tem havido um aumento das despesas com saúde, provocando pressões sociais para justo financiamento do setor, com resistências dos governos em sustentar esses custos.

Mendes (2001), ao sugerir categorias para a análise dos sistemas de serviços de saúde, destacou que o baixo patamar de financiamento público ora vigente, juntamente com a persistência da segmentação do sistema e a ausência de integração dos serviços de atenção básica, em especial o PSF, são dificuldades que se colocam no âmbito da macrorregulação do SUS e precisam ser enfrentados pela sociedade brasileira.

Também o subfinanciamento da atenção primária, pilar do SUS, afeta a sua consolidação. Analisando quase duas décadas da estratégia do Programa Saúde da Família, Souza e Hamann (2012) tratam desse problema, enfatizando a necessidade de se estabelecer novos mecanismos e pactos em torno do financiamento de suas ações.

Silva (2011) reforça a tese da insuficiência de recursos financeiros para o SUS. Para este autor, o financiamento atual na ordem de 3.5 % do PIB é uma das principais dificuldades para que o sistema de saúde, e, por conseguinte, as redes de regionalizadas, contem com recursos suficientes para atender as necessidades assistenciais.

O governo brasileiro, no documento do Projeto Mais Saúde, reconhece o baixo investimento em saúde como um entrave para o desenvolvimento nacional. Entre as lacunas existentes, o documento destaca “o subfinanciamento do SUS, evidenciado tanto pelo gasto per capita (6% do Canadá, 11% da Espanha, 5,6% do México, para dar alguns exemplos) quanto por indicadores simples, mas inquestionáveis, como o preço da consulta médica (R\$ 10) ou de uma cirurgia cardíaca” (Brasil, 2008). Nas suas diretrizes estratégicas e metas, o Projeto Mais Saúde recomendou o equacionamento deste problema através da regulamentação da legislação existente (EC 29) e da participação adequada e estável da receita pública no financiamento da saúde, de acordo com os preceitos constitucionais para assegurar à população brasileira a atenção universal, integral e equânime (Brasil, 2008).

A atuação dos profissionais de saúde como um fator determinante da fragmentação do sistema foi outro elemento percebido pelos sujeitos pesquisados, que apontaram deficiências no papel do aparelho formador, resultando em trabalhadores despreparados para atuar em rede, mantendo a desintegração do SUS. Essa lacuna fica evidente na comparação com outros países, como a

Inglaterra, onde o médico generalista tem importância estratégica na ordenação e regulação do sistema a partir da atenção primária, identificando um desafio colocado ao SUS, pela cultura profissional vigente, voltada para os interesses do mercado e de orientação flexneriana, na contramão das conquistas registradas na legislação brasileira da saúde. Como alerta Conill (2012), não é possível desconhecermos a necessidade de importantes mudanças culturais e no aparelho formador para que uma prática de saúde que não tem tradição, nem nas corporações profissionais, nem diante da população, venha a legitimar-se.

Na opinião de Mendes (2010), o dilema entre os sistemas fragmentados e as Redes de Atenção à Saúde contém dois modos alternativos de organizar os serviços de saúde: sistemas voltados para a atenção às condições agudas, inerentes à fragmentação; ou sistemas voltados para a atenção às condições agudas e crônicas, as Redes de Atenção à Saúde. Em geral, os sistemas fragmentados de atenção à saúde focam-se na atenção às condições agudas; ao contrário, as Redes de Atenção à Saúde voltam-se para as condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, às condições agudas (CONASS, 2010).

É necessário cuidado para que as novas propostas de redes de serviços não venham a aprofundar ou manter a fragmentação. Se as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), ora em processo de expansão no país, não tiverem sua implantação planejada e operada em conjunto com os outros serviços, corre-se o risco de continuar com atendimento centrado na queixa, na urgência, sem resolver efetivamente os problemas, num atendimento ocasional, oneroso e contrário à integralidade. No caso da UPA, sua integração ou não ao SUS dependerá do modo como vão inserir-se à rede de serviços já existente.

Ao buscar o entendimento do processo de regionalização do SUS, esta pesquisa também registrou aspectos do dilema existente entre o SUS constitucional e o SUS real, emergindo a percepção dos sujeitos sobre as dificuldades de se concretizar a saúde como direito.

A extensão dos direitos sociais como direitos de cidadania foi uma das conquistas da sociedade brasileira com o advento da redemocratização pós-período de exceção. A ruptura com o processo histórico de um Estado autoritário e centralizador efetivou-se na área da saúde com a criação do SUS – política caracterizada por intensiva descentralização, embasada na devolução municipalista.

A constituição federal de 1988 apresenta no seu mandamento constitucional a saúde como um direito comum a todo cidadão, a ser provida pelo estado. Anteriormente, tinham acesso às ações e serviços de saúde apenas aqueles inseridos no mercado de trabalho formal, admitidos a partir de uma previdência de base contributiva individual, complementada pela parcela patronal. O SUS instituiu um novo paradigma de cidadania, ao tornar o direito à saúde um bem universal e responsabilizar o estado pela sua materialização.

O direito à saúde no Brasil conformou-se como fruto da luta social. Sob a liderança do Movimento pela Reforma Sanitária e contando com o apoio das forças políticas que visavam restaurar a democracia no país, ocorreram significativos avanços na política de saúde, cuja institucionalização se inaugura com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, e se inscreve definitivamente na Constituição Federal de 1988.

Ao refletir sobre saúde como um direito David Capistrano da Costa Filho nos ensina que

A maior conquista desse quarto de século de lutas para melhorar o sistema de saúde brasileiro é o texto da nova Constituição. Ele consagra o resgate da saúde da condição de mercadoria e a eleva à dignidade de direito de cidadania, além de concebê-la de forma ampla, como vinculada às condições gerais de vida, trabalho e cultura. (David Capistrano da Costa Filho, 1995).

Todavia, por conviver com forças políticas adversas instaladas no seio da sociedade brasileira, sua manutenção é constantemente ameaçada. Sobre esse antagonismo, manifesta-se Teixeira (2004):

Vivenciamos, no Brasil, dois projetos alternativos em permanente tensão: um hegemônico, o projeto neoliberal, e o outro contra hegemônico, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), idealizado pelo movimento da reforma sanitária, cujos fundamentos reflexivos surgiram ainda no período da ditadura militar

e viriam a concretizar-se através do texto constitucional de 1988. [...] após 15 anos de vigência do direito constitucional, o modelo ainda não conseguiu se estabelecer, à exceção de alguns municípios, que com muita determinação e vontade política vem esboçando sua verdadeira formatação. Tal formatação se dá dentro do contexto de crise mundial na saúde, da qual nem os países mais abastados estão isentos (Teixeira, 2004).

Essa luta pelo respeito ao direito constitucional à saúde consta da percepção dos FPS entrevistados. Em seu discurso, alertam para a defesa do SUS, que permanece como política contra hegemônica no seio do estado brasileiro, mesmo tendo se passado mais de um quarto de século de sua criação, revelando a disputa entre o SUS e as pressões do Estado liberal, cujo modelo de economia é o de mercado. Para alguns dos sujeitos entrevistados, ocupando atualmente postos estratégicos na formulação da política nacional de saúde, é perceptível a fragilidade do sistema de saúde frente a outras demandas e prioridades atendidas pelo estado.

Um elemento proveniente da análise desta classe é o sentimento dos FPS de que a Reforma Sanitária brasileira ainda é um processo em andamento. Para a maioria deles, a efetivação da Reforma depende da luta política entre os que defendem o fortalecimento do SUS com a garantia dos direitos constitucionais, e os segmentos defensores dos preceitos da macroeconomia que restringe o papel do estado nas políticas sociais. Essa tese é bem explicitada por Druck e Filgueiras (2007), ao analisarem a conjuntura atual do Brasil.

Após a restauração do estado de direito no Brasil, com a estabilidade democrática que se segue nos anos oitenta, observa-se um arrefecimento da luta social, que perdeu visibilidade na reivindicação pelos direitos sociais, em especial na defesa da política de saúde. Sobre o esvaziamento político da defesa do SUS, alerta Gastão Wagner de Campos:

Há uma crise geral dos movimentos sociais, se compararmos com os anos 1970, ou mesmo 1980, com o período constituinte, a redemocratização, a própria Reforma Sanitária, a renovação do sindicalismo e a

constituição de novos partidos. Nós tivemos no Brasil um período de muita ebulição política. Relativamente a este período, há um esvaziamento nos movimentos sociais. Há um renascimento nestas participações pela internet, mas os movimentos sociais estão muito fragmentados e alguns instrumentos tradicionais perderam a eficácia política (Campos, 2011).

Para o emérito sanitarista Nelson Rodrigues dos Santos, a dificuldade em levar o estado a atender o direito à saúde encontra campo livre no arrefecimento da participação da sociedade civil. Este autor considera que apesar dos avanços do SUS e da resistência ao seu desmonte, o processo de participação sofreu retrocesso, sobretudo a partir de meados dos anos 1990, com a hegemonia assumida pelo sistema financeiro nacional e internacional, a reforma do Estado e o sindicalismo de resultados. Para ele, nessa conjuntura está ocorrendo uma gradual mudança – da politização em relação à consciência das necessidades, da precedência dos direitos sociais e coletivos, e de uma real possibilidade de que o Estado democrático, junto com a sociedade mobilizada, formule e realize a construção da universalidade com integralidade e igualdade na saúde – para uma nova situação, em que predominam as aspirações de ascensão social e satisfação de direitos e interesses com base no ideário do corporativismo, individualismo e consumismo no mercado da saúde, aceitos de forma generalizada (Santos 2010).

Este mesmo autor considera que a Reforma Sanitária obteve sucesso na sua implantação, e vinha progredindo até 1994. A sua efetivação dependeria do cumprimento de etapas seguintes, voltadas para a gestão/gerência das unidades prestadoras de serviços, desde as básicas até as de alta complexidade, com base em metas de prestação de serviços baseados nas necessidades e direitos da população e autonomia gerencial para cumpri-las com qualidade sob contratos de gestão (Santos 2010).

Ainda na opinião de Nelson dos Santos essa consolidação, contudo, vem passando desde então, por desvios e bloqueios ligados a: (1) não reconhecimento e identificação, nos aparelhos de Estado e nos correspondentes procedimentos e instrumentos gerenciais (recursos financeiros, materiais e humanos), da pesada e complexa herança da formação do Estado brasileiro: unitário (avesso à diversidade

regional e local), cartorial, patrimonialista, burocratizado e clientelista, com a administração pública direta e indireta impregnadas com todas as vertentes particularistas e corporativistas; (2) não-formulação de estratégias e desenvolvimento de novos modelos gerenciais capazes de deslocar a hegemonia do 'modelo da oferta', substituindo-a pelo 'modelo das necessidades e direitos da população'; (3) não-superação do grande abalo produzido em 1993 com a retirada repentina e arbitrária do financiamento do SUS, de sua maior fonte (previdenciária), quebrando-o e obrigando o Ministério da Saúde, por meio de decreto de calamidade pública, a contrair empréstimo perante o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e, (4) não criação de alternativas de reforma e avanço gerenciais nas unidades públicas do SUS, à proposta apresentada na época pelo governo Federal, de simples abdicação dessa responsabilidade, e sua entrega à entidades do setor privado (Organizações Sociais do Plano Diretor de Reforma do Estado, 1995; Santos, 2009).

Ao fazer uma contundente análise sobre o declínio das bandeiras e esperanças do início do SUS, Santos (2009) manifesta-se: "Em 1994 é evidenciado não só o arrefecimento das perspectivas e esperanças iniciais das camadas médias e dos servidores públicos em relação ao pertencimento do SUS, como também um retrocesso na consciência social de direitos e pleitos, que se voltam para os planos privados de saúde por meio das entidades classistas, preferencialmente quando regulados e subsidiados pelo governo" (Santos, 2009).

A Reforma Sanitária depara-se atualmente com um dilema: abraçar a mudança de paradigmas, cedendo às pressões do Estado liberal com a crescente terceirização e propostas de flexibilização das regras de controle na gestão de recursos humanos, dos serviços e dos recursos financeiros, ou radicalizar na luta pela observância do SUS constitucional, a ser encarado como conquista de direitos de cidadania (Druck; Filgueiras, 2007).

A resposta a essa questão vai depender da escolha da sociedade brasileira, que parece ter abdicado do exercício da democracia participativa, acomodando-se com a democracia representativa, a qual nem sempre atua em prol dos interesses da população a quem representa.

## EIXO 2 - O ESTADO NA CONFORMAÇÃO DA REDE SUS

É formado pelas classes: 2 – Dificuldades na regionalização da saúde; 3 – A governança regional e classe 4 – Contratualização das redes regionais.

Um dos aspectos destacados no discurso dos sujeitos aborda a atuação do Estado na estruturação da política sanitária objetivando a superação da fragmentação histórica do sistema.

No Brasil, a profunda fragmentação do sistema de saúde ocorrida na primeira década de sua existência é fruto, entre outras importantes causas, da opção pela descentralização focada na municipalização promovida pelo Estado. A descentralização político-financeiro-administrativa, aliás, já vinha sendo gestada desde os anos 60. O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, apresentou marcante posição favorável à descentralização e transferência de poder aos municípios.

Peres (2002), analisando o processo da conformação da política de saúde no Brasil, registra que o princípio da descentralização foi se tornando sinônimo de municipalização, cuja preocupação central inicial foi a assunção, pelo município, das unidades de serviços de saúde. Durante a década de 1990, a política fundamental da saúde foi a descentralização municipalista, com 99% dos municípios habilitados em alguma forma de gestão (Incipiente, Parcial e Semi-Plena) (Brasil, 2001). Este período se caracteriza pela manutenção do poder central por parte da união, que empregando as armas do financiamento, conformou nas palavras de Goulart (2001) o sistema “a golpes de portaria”, e firmou a atenção primária como modelo hegemônico.

Cabe aqui rever o papel do estado na fragmentação do SUS e suas posteriores estratégias para retomar a integração pela necessária articulação regionalizada das redes de cuidados integrais. Na primeira década da criação do sistema, predominou a política determinada pelo governo central, que induziu a municipalização. Essa forte indução à municipalização representou avanços, mas também criou desafios.

Levcovitz, Lima e Machado (2001) observam avanços e dificuldades do SUS na década de 90. Como avanços, citam o aumento na transferência de recursos da união para os municípios, aumento da participação no financiamento pelos



municípios, aumento da oferta pública dos serviços, aumento da capacidade gestora dos estados e municípios, responsabilização dos municípios pela saúde pública, criação da CIT e CIB como instancias de negociação entre os entes federativos, ampliação do controle social para os estados e municípios, com participação dos usuários. Como dificuldades, estes autores referem: a instabilidade de fontes de financiamento da saúde; pouca participação dos estados no financiamento; crescimento do setor privado supletivo subsidiado pela renúncia fiscal; regulação ainda incipiente sobre os prestadores privados do SUS e supletivo; formas de articulação público-privado como terceirizações, fundações e cooperativas; imprecisão do papel do gestor estadual, com risco de fragmentação sistêmica; conflitos nas relações entre os gestores das três esferas de governo; pouca integração entre os serviços; persistência nas desigualdades no acesso; persistência do modelo de atenção anterior – medicalização e uso inadequado de tecnologias; insuficiente resolubilidade e qualidade dos serviços; dificuldades na quantidade, formação e na atuação dos profissionais da gestão e da atenção; conselhos de saúde funcionando insatisfatoriamente com reduzido caráter deliberativo (Levcovitz; Lima; Machado, 2001).

A busca do financiamento justo, equânime e sustentável é um elemento presente no discurso dos sujeitos. Isto revela uma dificuldade do SUS em estabelecer-se como patrimônio da sociedade brasileira, apesar da sua importância. Sua condição contra hegemônica no seio do Estado de economia neoliberal revela uma guerra feroz e desigual, pois o mesmo Estado liberal que prioriza a economia é o responsável pelo cuidado e guarda de seus cidadãos. Assiste-se, dia-a-dia, novos adesismos e concessões que fragilizam o SUS constitucional, “flexibilizando” suas regras e princípios, na justificativa de que somente assim poderá continuar a ser viabilizado.

Na percepção dos FPS, a indução financeira pela esfera federal ainda é considerada na estruturação da política nacional de saúde. Detentor da maior fatia de arrecadação tributária entre os três entes, o governo central controla o emprego dessa receita em políticas que ele prioriza, apesar das reclamações dos municípios e estados. Assim, a equidade na distribuição de recursos vai depender da maior ou menor vontade dos governos, com oscilações na decisão política para a redução das desigualdades regionais no financiamento.

Fleury e Ouverney (2007), analisando a estratégia de regionalização da NOAS no que diz respeito à capacidade financeira para promover a regionalização – isto é, custear as ações e procedimentos que compõem as referências intermunicipais nas regiões, como também realizar investimentos para ampliar o acesso universal, equitativo e integral – apontam que ela provém da união, ressaltando, porém, que é o estado o ator com maior poder na estratégia da regionalização.

Desse modo, há na conformação e distribuição dos recursos para atender a equidade uma dupla influência: a do governo federal, com seu poder de indução – ainda que pactuada - e a do estado, no seu papel de mediador da regionalização de seu território.

Oliveira (2008), ao analisar as desigualdades regionais a partir da Amazônia, observa que a simples transferência de recursos financeiros não garante a eficiência do gasto, nem a eficácia dos serviços de saúde, havendo necessidade de estruturação e espacialização de mecanismos indutores. Estes seriam a interiorização do investimento na formação dos recursos humanos, através de cursos, de centros formadores e de pesquisa. Outra condição apontada como essencial para a gestão eficaz dos serviços é a contribuição técnica e financeira dos estados na implementação da política de regionalização, em novo processo de pactuação entre os entes.

Este mesmo autor, referindo-se à região Amazônica, considera que é necessário maior investimento financeiro nos serviços de saúde da região por parte do Governo Federal, além de uma política diferenciada que considere os desafios do processo de regionalização e a realidade epidemiológica do território (Oliveira, 2008). Essa reflexão pode ser estendida também à região Nordeste.

O Decreto 7508/2011 traz as diretrizes para uma regionalização mais próxima das necessidades locais, trazendo o financiamento tripartite garantido pelo Contrato de Ação Pública como uma inovação, ao conformar o financiamento necessário para o atendimento de um mínimo de integralidade e com a possibilidade de uma redistribuição de recursos financeiros mais equânimes.

A atuação do Estado na conformação da estruturação da política sanitária reflete o confronto de projetos na arena política, sendo os avanços e retrocessos fruto do processo dialético entre os atores sociais, representados pelas

reivindicações sociais de direitos em disputa com os interesses de mercado e os ditames das restrições econômicas da crise global imposta ao governo.

A conformação da política de saúde depende de fatores como a articulação interfederativa– que permite avanços em processos de corresponsabilidade solidária entre os entes – como também é fruto da junção entre as necessidades assistências da rede de serviços do SUS com o desenvolvimento de adequada política nacional de formação, contratação e valorização de profissionais, de modo que sejam preparados técnica e humanizadamente para atuarem no setor. A atuação do Estado na melhoria da saúde pode ainda ser influenciada pela constante mobilização política dos gestores, técnicos e movimentos sociais organizados e comprometidos.

É fundamental que o Brasil promova o SUS como um bem social da população para sua preservação como política de Estado, e não de governo. O reconhecimento do SUS como patrimônio imaterial da humanidade por ocasião da realização do Fórum Mundial Social de 2009, foi uma iniciativa da sociedade civil e governo para dar visibilidade e resgatar a importância dessa política para a sociedade brasileira. É importante que essa campanha seja mantida, pois a maioria da população não se reconhece como usuária do SUS, apesar de ter grande parte de sua vida protegida pelas ações da vigilância sanitária, epidemiológica, depender do SAMU e conseguir acesso à tratamento para HIV ou transplantes unicamente através do SUS.

A constituição federal trouxe o mandamento que determina a organização do sistema em redes regionalizadas e hierarquizadas, com a finalidade de promover a integralidade da saúde. No entanto, o SUS desenvolveu-se pela municipalização, ocorrendo o progressivo repasse das responsabilidades sanitárias e recursos financeiros aos entes subnacionais. O município, novo ente federativo introduzido constitucionalmente, tem agora a carga de responsabilidades com seus munícipes nas políticas de educação e saúde, entre outras, porém padecendo de falta de estrutura e recursos para se desobrigar. Assim, a gestão municipal desenvolveu-se individualista e isolada, sem considerar que para atender o preceito constitucional era necessário o funcionamento baseado na interdependência e na cooperação para conseguir alcançar a integralidade prevista e necessária.

Também havia, e ainda persistem na atualidade, problemas com a definição de papéis, sendo notória a omissão de alguns estados em relação a suas contribuições para a saúde de cidadãos habitantes em seu território. O governo federal, por sua vez, empregava o poder de conformar o sistema em uma descentralização tutelada, lastreado pelo controle da maior receita derivada da arrecadação fiscal, ao mesmo tempo em que reduzia sua participação nas despesas com a saúde.

Neste cenário, várias tentativas de cobranças de responsabilidades dos entes federativos ocorreram nos sucessivos planos e normativos, com pouco êxito. Apesar da existência desse regramento e das pactuações conformando a responsabilidades dos entes, não havia punições para aqueles que não cumprissem as obrigações acordadas, e a cada novo acordo renovavam-se as cobranças, queixas e acusações mútuas. Como justificativa mencionava-se que punições como o corte do repasse de recursos puniria a população e não o gestor responsável.

Com isso, havia carência de segurança jurídica para os entes firmarem acordos para o desenvolvimento da política de saúde.

Nesta pesquisa, verificou-se a percepção por alguns FPS de que o Decreto 7508/2011, ao instituir o contrato organizativo de ação pública, irá conferir mais força aos pactos para a articulação regionalizada das redes de cuidados integrais. Em recente artigo, Andrade (2012) avalia que o contrato traz maior segurança jurídica aos entes participantes da região de saúde, o que até então fragilizava a regionalização.

### EIXO 3- REDES E A INTEGRALIDADE

Se não fossem iguais, os homens seriam incapazes de compreender-se entre si, ou de fazer planos para o futuro e prever as necessidades das gerações vindouras. Se não fossem diferentes, os homens não precisariam do discurso ou ação para se fazer compreender. (Hannah Arendt, 1995).

Este eixo refere-se à classe 6 – Redes e a integralidade. Esta classe apresentou a maior especificidade de conteúdo lexical nesta pesquisa, indicando ser a mais importante na construção de significados da percepção dos sujeitos sobre as redes de atenção à saúde.

Emerge nesta classe a relação entre as redes regionalizadas e integradas de atenção e a integralidade do cuidado em saúde. As redes são percebidas como arranjos organizativos que possibilitam a continuidade do cuidado e o alcance do princípio constitucional da integralidade. São destacados os elementos constitutivos de uma rede e o mecanismos de governança.

O termo rede encerra uma das mais férteis e vigorosas polissemias contemporâneas. Em todas as áreas da atividade humana é possível a sua aplicação, variando imensamente as suas acepções. Fleury e Ouverney (2007) lembram que muitos trabalhos elaborados em administração pública partem da ideia de redes como estruturas policêntricas, sem maiores preocupações com a sua definição.

Esta polissemia está bem evidenciada entre os FPS. Para alguns deles, redes são formadas por serviços de finalidade semelhante; para outros, as redes constituem-se por conjuntos de serviços de diferentes densidades tecnológicas. Alguns percebem redes como o conjunto de redes temáticas, como atualmente vem sendo desenvolvidas no SUS. Há também os que têm a percepção de que as linhas de cuidado não representam o conceito de redes no todo, apesar de serem denominadas redes temáticas, cuja abrangência vai além.

Também foi possível observar que alguns dos sujeitos se referem às redes temáticas ou linhas de cuidado, como sinônimo de redes de atenção à saúde. Outros concebem as redes como conjuntos de serviços assistenciais, com processos de trabalho similares, como a rede básica, a rede de urgência e emergência, a rede hospitalar, a rede ambulatorial especializada e a rede de saúde mental. Para a maioria deles, entretanto, as redes temáticas em construção no país não constituem redes integrais, completas, mas podem ser utilizadas como primeiro passo no processo de sua construção.

A importância da implementação das redes de cuidados integrais deriva da percepção da necessidade de se enfrentar a fragmentação dos sistemas de saúde,

como referido anteriormente. No início do Século XX, Dawson apresentou em seu relatório ao governo inglês uma proposta de enfrentamento do problema com a organização dos serviços em rede em um determinado território. As redes de saúde foram desenvolvidas por vários países, com desenhos diversos, em diferentes modelos econômicos.

No Brasil, a Constituição de 1988 já determinava a estratégia de regionalização por meio da organização de redes de atenção como elemento essencial para a garantia dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Segundo o mandamento constitucional, as ações e serviços de saúde deveriam conformar uma rede regionalizada e integrada em um sistema único em todo o território nacional.

Entretanto, a regionalização tem enfrentado dificuldades. Após a criação do SUS, assistimos a um processo de descentralização progressivo que culminou em completa municipalização do sistema sem, contudo, termos avançado na regionalização. O debate em torno da busca por maior integração para as ações e serviços de saúde só voltou à agenda no início da década de 2000, a partir das reflexões relativas ao aprofundamento da descentralização. Esses debates convergiram para o consenso da necessidade de definir o espaço regional como locus essencial de construção do SUS. Essa diretriz partiu da constatação de que a maioria dos municípios não tem, isoladamente, condições de garantir a oferta integral à sua população.

Nesta pesquisa, na percepção dos FPS foi destacada a importância dos processos de articulação ou conexão entre os serviços e atores para possibilitar a inserção do usuário entre os diversos pontos da rede para satisfação integral de suas necessidades. Essa condição de articulação estreita e permanente estabelece relações de interdependência entre os entes participantes, e é fundamental para o estabelecimento e sucesso de uma rede. Fleury e Ouverney (2007) consideram que os elementos da estratégia de regionalização contidos na NOAS geram, no espaço intermunicipal das regiões de saúde, um potencial de organização do trabalho coletivo capaz de levar ao estabelecimento de relações de interdependência em rede, condição para a ampliação do grau de integralidade e equidade das políticas de saúde.

Para atender a necessidade de garantir os acordos em condição de interdependência são instituídos mecanismos de governança. A governança refere-se às instituições governamentais, mas alude também aos mecanismos informais de caráter não governamental, os quais fazem com que as pessoas e as organizações dentro de sua área de atuação adotem uma determinada conduta, satisfaçam suas necessidades e respondam às suas demandas (Rondinelli, 2006).

Para Rosenau e Czempiel (2000), a governança difere de governabilidade. A governabilidade refere-se às atividades desempenhadas pela autoridade formal, cujo poder garante a aplicação das políticas instituídas. A governança, por sua vez, diz respeito à atividades comuns, que podem derivar ou não de responsabilidades legais e prescritas formalmente, sem que obrigatoriamente, sejam submetidas ao poder da autoridade para sua aceitação.

É certo que a regionalização estimula um potencial de organização do trabalho coletivo e cooperação solidária entre os municípios. Porém, como afirmam Fleury e Ouverney ao referir-se à regionalização pela NOAS, “se, por um lado, a estratégia da NOAS impulsiona o potencial de organização do trabalho coletivo intermunicipal, por outro, ela contém elementos capazes de gerar constantes conflitos de governança e, portanto, anular esse potencial”. Esta análise segue válida para os atuais ou futuros arranjos regionais no SUS, demandando instrumentos de governança mais eficazes para garantir co-responsabilização.

Ao referir-se aos processos de responsabilização e gestão do SUS, Andrade (2012) afirma que, mesmo que a governança seja almejada, as pactuações nem sempre se concretizam, devido a ausência de instrumentos jurídicos formais com força vinculante entre os entes federativos. Este autor entende que há baixa governança no âmbito do SUS, e defende a adoção do Contrato Organizativo de Ação Pública, instrumento jurídico previsto no Decreto 7508/2011, com a finalidade de aperfeiçoá-la.

Um dos mais caros princípios constitucionais do SUS, a integralidade tem sido buscada como uma imagem- objetivo do próprio sistema. É definida na atenção à saúde como um princípio que, considerando as dimensões biológica, cultural e social do usuário, orienta políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de cuidados (Silva, Sena, 2008).

Para Silva (2011), as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde fornecem condições estruturais mais adequadas para a efetivação da integralidade do cuidado e redução dos custos dos serviços, pelo fato de dar maior racionalidade sistêmica no uso dos recursos.

As ideias sobre integralidade no SUS podem ser olhadas ou como contraponto ao modelo assistencial hospitalocêntrico, biológico e fragmentado (Matos, 2003), ou como um princípio com repercussões no arranjo das instituições governamentais responsáveis pela formulação e implementação das políticas de saúde (Camargo, 2003)

Para Magalhães Jr. (2006) e Mattos (2006), a integralidade abrange três aspectos: O primeiro refere-se ao sentido horizontal, que pressupõe que as respostas às necessidades dos usuários não são obtidas em um primeiro e único contato com o sistema de saúde; o segundo é o da integralidade vertical, cujo sentido implica a busca da satisfação das necessidades dos usuários a partir do olhar integral, amplo, buscando apreender holisticamente o que trará benefícios à sua saúde nos momentos em que usa os diferentes pontos do sistema; o terceiro refere-se à interação entre políticas públicas – a intersetorialidade – indicando que as redes de atenção à saúde não devem restringir-se ao setor saúde, devendo incluir políticas de outras áreas relacionadas aos determinantes do processo saúde-doença. Esse último aspecto tem importância ao constatarmos que, com a mudança do perfil demográfico condicionando um envelhecimento da população, as políticas ligadas aos determinantes da saúde e relacionadas às condições de vida, farão grande diferença na saúde e doença da população.

No discurso dos FPS participantes desta pesquisa, a integralidade foi identificada como o fim a ser alcançado pela articulação regionalizada de redes de cuidados integrais de saúde. Um dos aspectos mais reveladores da percepção dos sujeitos sobre o tema redes de atenção à saúde pode ser visto na análise fatorial das classes (figura 2), onde a classe seis, representada pelos termos Redes e Integralidade encontra-se em pólo oposto às demais classes, que representam o Estado e seus mecanismos de ação e poder. Uma das possibilidades desta análise seria o fato de que há uma nítida separação entre a imagem objetivo – redes e integralidade – e as reais condições das políticas de saúde vigentes.



A criação do SUS coincide com a redemocratização do país com a queda da ditadura militar e trouxe consigo a intenso protagonismo dos movimentos sociais, que reivindicaram a participação nos novos rumos da nação. A constituição de 1988 consolidou a participação da comunidade como elemento indissociável da política de saúde, cuja institucionalização deu-se com a lei orgânica da saúde. O funcionamento de milhares de conselhos de saúde distribuídos em todos os municípios e estados brasileiros conformou a política de saúde como um exemplo de incorporação da sociedade como usuária e guardadora de um patrimônio social. Desse modo, uma das fortalezas do SUS é a prática da democracia participativa, considerando a contribuição da sociedade, legítima beneficiária do Estado, na discussão dos seus interesses.

No discurso dos FPS nota-se a não inclusão da participação da sociedade civil na elaboração dos arranjos das redes regionais de saúde. Essa ausência merece uma reflexão sobre os processos participativos nas políticas sociais no Brasil, na atualidade. Mesmo estando no texto constitucional e na legislação infraconstitucional, a comunidade nem sempre consegue ter a participação que lhe foi assegurada. A participação da sociedade civil em todas as etapas da construção da regionalização, seja nos processos iniciais de planejamento das regiões, seja no acompanhamento do seu funcionamento confere força e legitimidade política aos pactos celebrados.

## CAPÍTULO 5 – RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS

Nesta segunda etapa da pesquisa serão abordadas questões sobre a estrutura e o funcionamento das redes de atenção à saúde na percepção dos gestores e gerentes do SUS.

O perfil socioprofissional dos 72 participantes que responderam ao questionário sobre redes contido na tabela um, mostrou que a maioria (80,6%) pertence ao sexo feminino, tem mais de 10 anos de atuação no SUS (81,7%) e experiência como gestor (66,2%), constituindo um grupo de informantes com olhar privilegiado sobre o sistema de saúde do país.

**Tabela 1 – Características socioprofissionais dos gestores e gerentes do SUS participantes da pesquisa.**

Variáveis	N	%
<b>Sexo (n=72)</b>		
Feminino	58	80,6%
Masculino	14	19,4%
<b>Tempo de atuação no SUS (n=71)</b>		
Mais de 20 anos	37	52,1%
10 a 20 anos	21	29,6%
Até 10 anos	13	18,3%
<b>Experiência como gestor (n=71)</b>		
Sim	47	66,2%
Não	24	33,8%

Foi pesquisado o significado da estratégia de redes de atenção à saúde na percepção dos gestores e gerentes do SUS. A correlação com a integralidade foi mencionado por 91% dos sujeitos; a organização da gestão da clínica pelas linhas de cuidado foi mencionada por 25,4% e a racionalidade econômica foi citada por 13,4%, como se observa na tabela dois.

**Tabela 2 – Concepção dos elementos da rede de atenção à saúde segundo gestores e gerentes do SUS (n=67).**

<b>Componentes do conceito</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Integralidade na atenção à saúde implica em articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção, fluxos assistenciais que possibilitam a longitudinalidade e interação entre diferentes políticas de saúde.	61	91,0%
Linha de Cuidado é o itinerário percorrido pelo usuário entre os vários pontos de atenção de uma rede de saúde.	17	25,4%
O equilíbrio entre escala econômica e acesso assistencial é o principal critério de qualidade das redes de atenção à saúde.	9	13,4%

Obs. – Pergunta com opção de escolha de mais de uma resposta.

Ao serem questionados sobre que serviços deveriam integrar uma rede de atenção à saúde, os gestores e gerentes do SUS apontaram serviços de densidades tecnológicas diversas, que vão desde a atuação das equipes de Saúde da Família (92,9%), até serviços de assistência farmacêutica (72,9%). Outros serviços referidos foram as Unidades Básicas de Saúde (91,4%), os serviços de diagnóstico especializado (85,7%), os hospitais (84,3%), os centros de reabilitação ou prevenção (82,9%), e o PS/UPA (81,4%), conforme se observa na tabela três.

**Tabela 3 – Distribuição dos serviços de saúde que integram uma rede na percepção dos gestores e gerentes do SUS (n=70).**

Serviço de Saúde	N	%
Equipes de Saúde da Família	65	92,9%
Unidades de Saúde	64	91,4%
Serviços de Diagnóstico Especializado	60	85,7%
Hospital	59	84,3%
Centros de Reabilitação ou de Prevenção	58	82,9%
PS ou UPA	57	81,4%
Laboratório de Patologia Clínica	55	78,6%
Ambulatório	53	75,7%
Serviço de Assistência Farmacêutica	51	72,9%
Outros	15	21,4%

Obs. – Pergunta com opção de escolha de mais de uma resposta.

Foi pesquisada a percepção dos gestores e gerentes sobre a fragmentação do sistema de saúde. Os resultados da tabela quatro mostram que foram reconhecidos como sistemas fragmentados aqueles organizados por componentes de serviços isolados (82,6%); aqueles com entrada aberta e não coordenados pela atenção básica (69,6%), os orientados às condições agudas ou agudizações das condições crônicas (66,7); aqueles com financiamento por procedimentos (65,2%) e aqueles que dão ênfase às ações curativas e reabilitadoras (65,2%).

**Tabela 4 – Características de um sistema de saúde fragmentado na percepção dos gestores e gerentes do SUS (n=69).**

<b>Características de um sistema fragmentado</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Organizados por componentes de serviços isolados	57	82,6%
Sistemas de entrada aberta e sem coordenação da atenção	48	69,6%
Orientados para a atenção às condições agudas ou agudizações das condições crônicas	46	66,7%
Ênfase nas ações curativas e Reabilitadoras	45	65,2%
Financiamento por procedimentos em pontos de atenção isolados	45	65,2%
Ênfase no atendimento do profissional	30	43,5%
Reatividade à demanda dos usuários	28	40,6%
Voltados para indivíduos	22	31,9%
Gestão da oferta	18	26,1%
Os sujeitos são os pacientes que recebem as prescrições do cuidado.	16	23,2%
Outros	4	5,8%

Obs. – Pergunta com opção de escolha de mais de uma resposta.

Quando se investigou as dificuldades no acesso dos usuários para o atendimento de suas necessidades de saúde, os gestores e gerentes pesquisados apontaram, em sua percepção, serem as mais frequentes: a insuficiência de consultas especializadas (87,1%), a desorganização do sistema de regulação (72,9%), a insuficiência de leitos para a internação (70%), problemas na acessibilidade – longas distâncias e transportes coletivos deficientes (67,1%), e, exames para diagnóstico por imagem insuficientes (62,9%), como se observa na tabela cinco.

**Tabela 5 – Dificuldades para o acesso a serviços de saúde de referência na percepção dos gestores e gerentes do SUS (n=70).**

<b>Dificuldades para o acesso</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Insuficiência de consultas em determinadas especialidades	61	87,1%
Desorganização do sistema de regulação	51	72,9%
Insuficiência de leitos para a internação	49	70,0%
Acessibilidade (longas distâncias, transporte público deficiente)	47	67,1%
Insuficiência de exames de Diagnóstico por Imagem	44	62,9%
Insuficiência de exames em Patologia Clínica	31	44,3%
Erro na documentação do encaminhamento	15	21,4%
Outras	6	8,6%

Obs. – Pergunta com opção de escolha de mais de uma resposta.

Nesta pesquisa, a recusa do atendimento aos usuários pelos serviços de referência foi investigada, por representar um dos maiores problemas na articulação e comunicação entre as redes do SUS (tabela 6). Na percepção dos gestores e gerentes, a recusa do atendimento foi motivada, em primeiro lugar, pela desorganização do sistema de regulação do acesso (62,3%), seguido por insuficiência de exames diagnósticos ofertados (59,4) e falta de leitos (58%).

**Tabela 6 – Motivos de recusa de atendimento nos serviços de referência, na percepção dos gestores e gerentes do SUS (n=69).**

Motivo de recusa para atendimento	N	%
Desorganização do sistema de regulação	43	62,3%
Insuficiente cota de exames	41	59,4%
Falta de leitos	40	58,0%
O procedimento ou especialidade indicado não existe naquele serviço	20	29,0%
Erro na indicação do procedimento	20	29,0%
Erro no preenchimento das informações	19	27,5%
Outras	4	5,8%

Obs. – Pergunta com opção de escolha de mais de uma resposta.

O acesso dos usuários ao sistema de saúde se dá pelas chamadas portas de entrada. Nesta investigação foi identificado que, na percepção dos gestores e gerentes, as principais portas de entrada para SUS utilizadas são: a UBS (85,5%), seguidos pelo Pronto Socorro (78,3%), Equipe de Saúde da Família (76,8%) e UPA (63,8%), como observado na tabela sete.

**Tabela 7 – Porta de entrada para o SUS na percepção dos gestores e gerentes do SUS (n=69)**

<b>Serviço de Saúde</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Unidade Básica de Saúde	59	85,5%
Pronto Socorro – OS	54	78,3%
Equipes de Saúde da Família	53	76,8%
Unidade de Pronto Atendimento – UPA	44	63,8%
Hospital	22	31,9%
Ambulatório de especialidade	11	15,9%
Outros	9	13,0%

Obs. – Pergunta com opção de escolha de mais de uma resposta.



A continuidade do cuidado a partir dos serviços que prestam o primeiro atendimento, mas não conta com todos os recursos para atender determinados casos, se dá através do encaminhamento dos usuários aos serviços de referência. Na percepção dos gestores e gerentes do SUS pesquisados (tabela 8), o acionamento da Central de Regulação do SUS foi o meio mais empregado para o encaminhamento dos pacientes (81,7%).

Nesta tabela, observa-se ainda que para um terço dos pesquisados (33,8%), o processo de referenciamento dos pacientes ocorre de modo informal, por meio das relações estabelecidas entre gestores e técnicos da saúde. Também se nota que o uso do cartão de identificação eletrônico dos usuários, o Cartão SUS, é referido por apenas 18,3% dos profissionais.

**Tabela 8 – Meio de comunicação empregados para o encaminhamento de usuários aos serviços de referência, na percepção dos gestores e gerentes do SUS (n=71).**

<b>Meio empregado para o encaminhamento</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Central de Regulação	58	81,7%
Impresso de Referência e Contra-Referência	47	66,2%
Telefone	31	43,7%
Informal - relações estabelecidas entre gestores ou Técnicos de Saúde	24	33,8%
Cartão de identificação do usuário (Cartão SUS)	13	18,3%
Outros	5	7,0%

Obs. – Pergunta com opção de escolha de mais de uma resposta.

Os serviços de referência, após prestar o cuidado, devem enviar ao serviço de origem do usuário, as informações necessárias para a continuidade do cuidado, o que é denominado de contra-referência. Investigou-se a percepção dos gestores e gerentes do SUS sobre a frequência com que esta orientação é atendida. Na tabela 9, observa-se que para mais da metade dos sujeitos pesquisados (58%) isso ocorria algumas vezes, e, para um terço deles (30,9%) as informações são prestadas pelo próprio paciente.

**Tabela 9 – Envio das informações para continuidade do cuidado (contra-referência) pelos serviços de referência aos serviços de origem dos usuários, na percepção dos gestores e gerentes do SUS (n=68)**

<b>Envio das informações para continuidade do cuidado</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Às vezes	40	58,8%
As informações são relatadas pelo paciente verbalmente	21	30,9%
Nunca	6	8,8%
Sempre	1	1,5%

Esta constatação sobre a dificuldade de comunicação entre os pontos da rede de saúde é reforçada quando observamos na tabela 10 que, na avaliação de 60,6% dos profissionais de saúde pesquisados, a comunicação entre os serviços é classificada como deficiente.

**Tabela 10 – Avaliação da comunicação entre os serviços da rede SUS na percepção dos gestores e gerentes do SUS (n=66)**

<b>Avaliação da comunicação entre os serviços</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Deficiente	40	60,6%
Razoável	25	37,9%
Eficiente	1	1,5%

Foi investigada a qualidade do relacionamento entre os gestores do SUS, um dos fatores que facilita ou dificulta o funcionamento da rede de atenção. Na percepção dos gestores e gerentes investigados, o relacionamento foi considerado bom por apenas 14,5%, enquanto que 36,2% e 40,6% o consideraram como regular ou insuficiente, respectivamente, como podemos observar na tabela 11.

**Tabela 11 – Relacionamento entre os gestores da rede SUS na percepção dos gestores e gerentes do SUS (n=69)**

Relacionamento	N	%
Insuficiente	28	40,6%
Regular	25	36,2%
Bom	10	14,5%
Péssimo	6	8,7%
Ótimo	0	0,0%

O grau de desenvolvimento das redes de saúde no Brasil foi investigado. Na percepção de 48,5% dos gestores e gerentes, as redes de atenção do SUS se encontram em grau incipiente. Para 3% deles as redes estão em estágio bem desenvolvido, e para 48,5% este desenvolvimento é mediano (tabela 12).

**Tabela 12 – Estágio do desenvolvimento das redes no SUS na percepção dos gestores e gerentes do SUS (n=68)**

Estágio	N	%
Incipiente	33	48,5%
Medianamente desenvolvido	33	48,5%
Bem desenvolvido	2	3,0%

Foi pesquisado o conhecimento dos elementos essenciais para a constituição de uma rede de atenção. Na percepção de 89,7% dos gestores e gerentes do SUS, é essencial ter a atenção básica como orientadora da rede e organizadora do cuidado. A necessidade de contar com sistemas de comunicação, logísticos, de governança e sistemas de apoio foram referidos respectivamente, por 86,8%, 76,5%, 75% e 73,5% dos sujeitos pesquisados (tabela 13).

**Tabela 13 – Elementos essenciais da rede de saúde na percepção dos gestores e gerentes do SUS (n=68)**

<b>Elementos essenciais da rede</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Atenção Básica como orientadora e organizadora do cuidado	61	89,7%
Comunicação	59	86,8%
Sistemas logísticos	52	76,5%
Sistema de Governança	51	75,0%
Sistemas de apoio	50	73,5%
Outros	3	4,5%

Obs. – Pergunta com opção de escolha de mais de uma resposta.

A percepção sobre em qual instância se daria a governança das redes também foi investigado, como se observa na tabela quatorze. Para 66,7% dos gestores e gerentes do SUS, a governança deve ocorrer na CIR. Para 16,7%, pode se dar no conselho municipal de saúde, e 12,1% entende ser uma atribuição da CIB. Uma pequena parcela dos sujeitos (1,5%) tem a percepção de que a governança deva ocorrer no conselho estadual de saúde.

**Tabela 14 – Instância de Governança das redes do SUS na percepção dos gestores e gerentes do SUS (n=66)**

<b>Instância de Governança</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Colegiado Interfederativo de Gestão Regional (CIR)	44	66,7%
Conselho Municipal de Saúde	11	16,7%
Colegiado Intergestores Bipartite (CIB)	8	12,1%
Outras	2	3,0%
Conselho Estadual de Saúde	1	1,5%
Colegiado Intergestores Tripartite (CIT)	0	0,0%

O conhecimento das dificuldades para a consolidação das redes de atenção foi pesquisado, como pode ser observado na tabela 15. Na percepção dos gestores e gerentes do SUS, as principais foram: a necessidade de qualificação da gestão em todos os níveis de atenção (76,9%), a longa espera por exames, consultas e internações (67,7%); dificuldades na governança (67,7%) e a deficiente comunicação entre os pontos da rede (66,2%).

**Tabela 15 - Principais dificuldades para a consolidação das redes no SUS na percepção dos gestores e gerentes do SUS (n=65)**

<b>Dificuldades</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Necessidade de qualificação da Gestão em todos os níveis de atenção	50	76,9%
Longa espera para consultas, exames e internações	44	67,7%
Governança	44	67,7%
Deficiente comunicação entre os pontos da rede	43	66,2%
Dificuldade de acesso à média e alta complexidade	42	64,6%
Insuficiência de vagas nos leitos hospitalares	36	55,4%
Serviços de Saúde insuficientes	32	49,2%
Déficit de atendimento de Urgência e Emergência	24	36,9%
Falta de medicamentos e insumos	20	30,8%
Falta de recursos financeiros	20	30,8%
Outros	2	3,1%
Recursos Humanos insuficientes e pouco qualificados	0	0,0%

Obs. – Pergunta com opção de escolha de mais de uma resposta.

## CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO DAS RESPOSTAS AOS QUESTIONÁRIOS

A conformação de uma rede de atenção à saúde varia conforme a disponibilidade de recursos tecnológicos existentes, tendo como traço comum a capacidade de responder às necessidades de determinada população de uma região de saúde, valendo-se da integração entre os seus serviços (Shortell et al, 1996; Starfield, 2002). O entendimento pelos gestores e trabalhadores de saúde de que o SUS deve ser integrado por todos os seus serviços, em redes distribuídas regionalmente, é fundamental para que estes se coloquem como agentes do Estado a serviço da população, provendo o acesso dos usuários aos serviços, conforme as necessidades de cada um.

Neste trabalho observou-se que, para os sujeitos pesquisados, uma rede de saúde é formada por serviços de diferentes densidades tecnológicas que se integram, incluindo serviços básicos de saúde, urgências, hospitalização e serviços de reabilitação ou prevenção e o apoio diagnóstico e terapêutico.

Conforme os conceitos contidos na portaria 2479/2010, a estruturação da Rede de Atenção à Saúde é a estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita, com efetividade e eficiência. Visa a garantia do acesso universal, a equidade, a integralidade e a sustentabilidade econômica do sistema (Brasil, 2010).

Nesse sentido, a maioria dos gestores e gerentes do SUS correlacionou a estratégia de redes de atenção à saúde com o alcance da integralidade da atenção. No entanto apenas um baixo percentual deles atribuiu às redes a capacidade de organizar a gestão da clínica em linhas de cuidado, ou de conferir racionalidade econômica ao sistema. Esses três aspectos têm sido levados em conta atualmente para buscar-se a organização dos sistemas de saúde em rede pelas autoridades sanitárias em todo o mundo (Mendes, 2011; OMS, 2011; OPAS, 2011).

O funcionamento em redes tem sido uma estratégia global para superar a fragmentação, comum à maioria dos sistemas de saúde (OMS, 2011). A

fragmentação manifesta-se de diversas formas. No desempenho geral do sistema de saúde, aparece como falta de coordenação entre os níveis e pontos de atenção, multiplicação de serviços e infraestrutura, capacidade ociosa e atenção à saúde em lugar não apropriado.

Na experiência das pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação se expressa como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e a falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população (OMS, 2010). Em 2011, a Organização Mundial de Saúde resumiu alguns aspectos negativos dos sistemas fragmentados de saúde: organizam-se por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis uns com os outros; são incapazes de prestar uma atenção contínua à população; não contemplam uma população adscrita de responsabilização; a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária, e esses dois níveis também não se articulam com a atenção terciária à saúde; os sistemas de apoio e os sistemas logísticos funcionam desvinculados da atenção primária à saúde (APS); a atenção é fundamentalmente provida de forma reativa e episódica e centrada na doença (OPAS, 2011).

Os achados nesta pesquisa estão de acordo com essas observações feitas pelos organismos internacionais. Para os gestores e gerentes pesquisados, a fragmentação do sistema de saúde se caracteriza pelo isolamento dos serviços; por apresentar-se como um sistema sem coordenação da atenção; conformado para atendimento das condições agudas ou agudizações das condições crônicas; que enfatiza ações curativas; que financia procedimentos dispersos, em pontos de atenção isolados.

Apesar do entendimento da necessidade de se contar com todos os serviços disponíveis organizados de modo a funcionarem integrados, o acesso dos usuários para o atendimento de suas demandas é dificultado por diversos motivos. Ramos e Lima (2003) relataram fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde: a distância entre a unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo; tempo e meios utilizados para o deslocamento; dificuldades enfrentadas para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera); tratamento recebido pelo usuário; priorização de situações de risco; respostas obtidas para demandas individuais e coletivas; e a possibilidade de agendamento prévio.



Nesta pesquisa procurou-se identificar quais as dificuldades para o acesso dos usuários a partir da percepção dos gestores e gerentes. Foram apontadas como principais dificuldades a insuficiência de consultas especializadas, a desorganização do sistema de regulação, a insuficiência de leitos para a internação, problemas na acessibilidade e exames insuficientes.

Para tentar confirmar a pertinência dessas dificuldades no acesso, apontadas pelos sujeitos, também se investigou os motivos da recusa de atendimento aos usuários encaminhados aos serviços de referência. Os motivos citados para a recusa do atendimento são similares às dificuldades para o acesso, reforçando a identificação dos nós críticos a serem superados para garantir o acesso e a integralidade.

O sistema de saúde deve ser organizado de modo a racionalizar os recursos seguindo a lógica de ter como porta de entrada a atenção primária e os serviços de urgência, e, a partir daí, serem orientados para outros pontos da rede, se houver necessidade. Peres (2002), ao manifestar-se a respeito da entrada e deslocamento dos usuários nas redes de saúde, afirma que o funcionamento de uma rede é, fundamentalmente, baseado no fluxo dos usuários, que a percorrem através de mecanismos de referência e contra-referência. Para este autor, as unidades primárias e os serviços de urgência e emergência representam a “porta de entrada” da rede de serviços de saúde.

Os resultados desta pesquisa estão de acordo com estas observações, na medida em que, os gestores e gerentes identificaram a atenção primária e os serviços de urgência como as principais portas de entrada para o SUS.

Um dos aspectos a ser observado na organização das redes de atenção é o processo de comunicação que orienta o fluxo entre os pontos da rede, constituído pelos sistemas logísticos. Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional de fluxos e contrafluxos de informações, produtos e usuários nas redes de atenção à saúde (Mendes, 2011). Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são os cartões de identificação dos usuários, as centrais de regulação, os prontuários clínicos e os sistemas de transportes sanitários. O cartão de identificação dos usuários, na proposta do sistema público brasileiro, está representado pelo Cartão SUS.

Na percepção dos sujeitos desta investigação, a organização dos fluxos dos encaminhamentos no SUS é feito na maioria das vezes pelo sistema de regulação, porém outras formas de comunicação foram também referidas, como o uso de telefone, envio do paciente com informações escritas e por intermédio das relações entre gestores e técnicos.

O emprego do cartão de identificação do usuário SUS ainda é incipiente, apesar de seu processo de expansão já ultrapassar quinze anos, com imenso dispêndio de recursos financeiros (Folha de São Paulo, 2010). Esses achados indicam ser necessária melhor gestão pública para o desenvolvimento dos sistemas logísticos nas redes do SUS.

Ademais, é fato positivo o funcionamento da central de regulação ter sido referido pela maioria dos sujeitos pesquisados, uma vez que o sistema de regulação organizado permite que os gestores controlem serviços e recursos assistenciais e responsabilizem-se pelo atendimento dos usuários a partir da sua entrada no sistema, garantindo o acesso aos serviços, os meios necessários e a qualificação das respostas às suas necessidades em saúde (Vasconcelos, 2008; Franco; Magalhães Júnior, 2003).

A continuidade do cuidado deve ser assegurada a todos usuários, em seu percurso ao longo do sistema de saúde. Uma vez encaminhado, o usuário do SUS recebe o atendimento que necessita no serviço de referência, o qual deve fornecer orientações sobre os cuidados necessários para a continuidade do seu tratamento, tanto ao paciente como à equipe do serviço de origem. A essa ação de troca de informações entre os serviços de origem e aqueles para onde o usuário é encaminhado denomina-se sistema de referência e contra-referência, que Fratini et al (2008), consideram fundamental para a efetivação dos princípios do SUS, em especial a integralidade. A investigação feita por estes autores em 2005 no estado de Santa Catarina com 123 pacientes egressos de um hospital demonstrou que a organização e execução de uma eficaz contra-referência em parceria entre o hospital e a atenção básica tiveram como consequências benéficas: a humanização, mantendo o vínculo entre paciente, família e sistema de saúde; a redução do tempo de internação e da exposição às complicações daí decorrentes; bem como a disponibilização de leitos e diminuição dos custos (Fratini et al, 2008). No cotidiano, entretanto, isso não é comum, uma vez que, na percepção de mais da metade dos

gerentes e gestores do SUS, é prestada a contra-referência apenas algumas vezes, além do que, para um terço deles, as informações são prestadas pelo próprio paciente.

O funcionamento desse mecanismo de fluxo é essencial, pois organiza o acesso dos usuários aos diferentes pontos de atenção à saúde, evitando a tão comum “peregrinação” dos mesmos em busca de atendimento, otimiza a assistência prestada, facilita a implantação de mecanismos que acompanhem o usuário pelos serviços e, portanto, contribui decisivamente para a integração dos serviços de saúde (Costa e Silva, 2004)

Grande parte dos gestores e gerentes pesquisados também avaliou como deficiente o processo de comunicação entre os serviços da rede pública de saúde. A comunicação deficiente é uma das manifestações da fragmentação do SUS. Na América Latina, pesquisas referendadas pela Organização Pan-americana de Saúde demonstraram que apenas uma quinta parte dos usuários entrevistados e pouco mais de um terço dos gestores e prestadores de serviços consideraram que os sistemas de referência e contra-referência da atenção primária para os serviços especializados realmente funcionam (OMS, 2010).

Vale ressaltar que para o esperado funcionamento das redes de saúde nas regiões, a articulação entre os gestores é requisito indispensável. Na prática o SUS enfrenta dificuldades nessa articulação, ao se constatar que a maioria dos gestores e gerentes de saúde pesquisados considerou insuficiente e apenas regular a articulação entre os gestores de saúde.

A expectativa de que o desenvolvimento das redes de atenção à saúde venha contribuir para o alcance de melhores níveis de saúde vem de longa data. De fato, a proposta de organização do sistema de saúde em redes está colocada como diretriz desde a Constituição Federal de 1988. Entretanto a realidade mostra que, decorridos 24 anos da promulgação constitucional, e 22 anos da criação do SUS, as redes ainda não se consolidaram no Brasil. Nesta pesquisa, apenas 3% dos gestores e gerentes entrevistados consideraram que o sistema de redes no Brasil está bem desenvolvido, enquanto que na percepção de quase a metade destes as redes de atenção à saúde no Brasil ainda se encontram num estágio incipiente, conforme foi mostrado na tabela doze.

Com a publicação do Decreto 7508/2011, o desenvolvimento das redes regionalizadas foi priorizado (Brasil, 2011d). Este decreto, ao dispor sobre a organização das regiões de saúde, retoma a determinação constitucional de que o SUS é um sistema regionalizado e hierarquizado, devendo organizar-se em redes sanitárias. Espera-se com isso uma rápida expansão e qualificação das redes nas mais de quatrocentas regiões de saúde identificadas, acelerando e fortalecendo a regionalização.

A estrutura operacional de uma rede de atenção à saúde é constituída por diferentes pontos, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde (os nós), e pelas ligações que os comunicam (Mendes, 2011). O conhecimento dos componentes desta estrutura foi investigado, sendo a maioria dos sujeitos capazes de identificá-los. A ampla divulgação para os gestores e técnicos do SUS dos processos de estruturação e operacionalização dessas redes nas regiões do país é fundamental para o êxito da regionalização do SUS.

Um dos componentes da estrutura operacional das redes de atenção, a governança, desempenha um papel primordial no desenvolvimento de uma rede de atenção. A governança é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa instalada para gerir os negócios do estado (Brasil, 2011). Ao longo de sua história, o SUS tem criado instâncias colegiadas para sua gestão, como a CIB e CIT, tendo acumulado experiência e conhecimento a respeito. A NOAS 2001 introduziu uma instância de atuação nas regiões de saúde, os Colegiados de Gestão Regional, com diferentes graus de atuação e efetividade no país.

Pela publicação do Decreto 7508/2011, que regulamenta a lei orgânica da saúde, retoma-se o processo de estruturação e fortalecimento das regiões de saúde, que devem organizar-se para a gestão desses territórios (Brasil, 2011d). Espera-se com isso avançar no compartilhamento interfederativo da governança. Na percepção de dois terços dos gestores e gerentes, a governança deve ser exercida pela Comissão Intergestores Regional. Para um quarto dos sujeitos pesquisados, também pode ser desempenhada pelo conselho municipal de saúde e pela comissão intergestores bipartite respectivas.

É importante considerar a atuação do Controle Social nos espaços de governança das redes, pois sem isso, não haverá atendimento ao preceito

constitucional da participação da sociedade. A governança estende-se para além dos governos, considerando a participação cidadã. Para Rondinelli (2006), a governança constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e medeiam suas diferenças.

Para Ouverney (2008) a regionalização se apresenta como a estratégia de vanguarda no processo de consolidação da política pública de saúde, mas ainda está em sua fase preliminar, uma vez que se encontra circunscrita à dimensão assistencial do SUS. Por isso mesmo, é importante a identificação dos principais problemas surgidos no seu desenvolvimento, buscando meios de superá-los.

Na percepção dos gestores e gerentes do SUS, existem dificuldades a serem enfrentadas para a consolidação das redes regionais de saúde. Foram identificadas dificuldades de natureza variada, destacando-se os recursos humanos insuficientes e pouco qualificados, necessidade de qualificar os gestores, problemas de comunicação e governança, além da insuficiência de equipamentos de saúde, dificuldades restrição ao acesso a leitos e procedimentos, repetindo as conhecidas necessidades da sociedade, que reclamam por mais recursos e genuíno interesse dos governantes.

Algumas dessas dificuldades estruturais são históricas e exigem mudanças profundas, para não colocar em risco as conquistas trazidas pelo SUS.

A consolidação das Redes de Atenção à Saúde depende do compromisso dos atores governamentais e sociais envolvidos na política social de saúde e da existência das condições necessárias para sua estruturação. Essas condições são dadas conforme o panorama social e econômico, bastante desigual, em que se encontram as regiões geopolíticas brasileiras, e são um retrato contundente da ação do estado.

A percepção dos gestores e gerentes sobre as fragilidades e potencialidades atuais na estrutura e funcionamento redes de atenção à saúde pode fornecer elementos úteis à contextualização do sistema, em seus caminhos para o fortalecimento da regionalização.

## **CAPÍTULO 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Na perspectiva de analisar o processo de formação das redes sanitárias no Brasil e identificar aspectos relativos à sua operacionalização, este trabalho foi constituído por duas etapas. A primeira etapa, de cunho qualitativo, tratou do estudo das percepções sobre o processo de formação das redes pelos formuladores da política nacional de saúde. A segunda etapa consistiu de uma análise quantitativa da percepção dos gestores e gerentes do SUS sobre o funcionamento das redes em que atuam. Com isto tentou-se obter uma dupla visão: a dos atores que modelam as redes e a dos que a operacionalizam, permitindo um cotejamento entre o idealizado e a realidade.

A organização e fortalecimento das redes regionalizadas de atenção é uma resposta à fragmentação do sistema de saúde. Conforme o observado nesta pesquisa, esta fragmentação manifesta-se na realidade do SUS como dificuldades permanentes no acesso da população aos serviços e ações de saúde, e na deficiente articulação e comunicação entre os pontos da rede.

O resultado é o descumprimento do direito à saúde e a falta de integralidade do cuidado. No Brasil, observa-se que a assistência à saúde no SUS vem sendo prestada por estabelecimentos públicos e privados, distribuídos aleatoriamente e desordenadamente no território nacional e sem a necessária articulação entre eles. Segundo Paim (1993, p. 196), chamar rede de serviços a esse conjunto desordenado é quase um exagero semântico.

Os desafios na conformação das redes regionais de atenção, portanto, são os mesmos enfrentados na estruturação do SUS, o que explica porque os FPS sujeitos desta investigação, ao serem arguidos sobre o tema redes, responderam contextualizando suas percepções sobre o sistema de saúde. Duas questões, dentre outras observadas, foram enfatizadas como responsáveis pela persistência dos problemas para o desenvolvimento das redes de atenção e, por conseguinte, do SUS: o subfinanciamento e o modelo formador dos profissionais de saúde. O primeiro revela a baixa prioridade no investimento na política social de saúde, e o segundo, a forte influência exercida pelos interesses econômicos do mercado na educação médica e dos demais profissionais de saúde.

Emergiram reflexões sobre a fragmentação do sistema como um obstáculo ao exercício do direito social à saúde, sobre o papel do estado na conformação das redes do SUS, e sobre a relação entre a organização das redes e o alcance da integralidade.

A fragmentação do sistema faz com que o foco seja a doença ou a prevenção individual o que ocasiona a divisão do curso de uma doença em partes que não se comunicam (Pérez Lázaro; Garcia Alegria, 2001, 2002; Campos, 2003; Mattos, 2004). Na perspectiva da integralidade, a prática clínica e, conseqüentemente, o planejamento e a gestão dos serviços, devem perceber a atenção aos pacientes como o resultado de um processo onde intervêm distintos profissionais, situados em diversos pontos de atenção capazes de atender diferentes necessidades, em um arranjo onde o conjunto permite o alcance do cuidado integral. Segundo Mattos (2006) essa visão de processo supõe a reorientação da organização das instituições para a busca da integração dos cuidados em todo o sistema, através da conformação de uma rede de serviços mais estruturada de forma a maximizar as possibilidades de atendimento.

A análise da percepção dos FPS permitiu a observação de um contexto que coloca de um lado, as redes, ligadas à integralidade, e de outro, o Estado, sua política, seus estatutos de operação, legitimação e poder. Do mesmo modo constatou-se um distanciamento entre o Estado e o direito social à saúde, situados em pólos opostos no discurso dos sujeitos.

A percepção dos gerentes e gestores do SUS traz reflexões sobre os problemas enfrentados no cotidiano, permitindo um retrato instantâneo das redes regionalizadas de atenção no SUS.

Desenvolver soluções para desafios gigantescos, como o problema do acesso aos especialistas e à procedimentos de diferentes densidades tecnológicas, reconstruir as relações entre os serviços, melhorar os processos de comunicação foram destacados como indicativos para se elaborar as respostas que a sociedade espera do Estado.

As redes de atenção à saúde carregam a esperança de tornar o SUS sustentável, por economizar e racionalizar recursos, organizar a atenção e possibilitar o alcance da integralidade. No Brasil, é a oportunidade de avançar na regionalização, atendendo aos princípios e diretrizes do SUS e cumprir os

mandamentos constitucionais.

Há um cenário com boas perspectivas para a expansão e consolidação das redes, trazidas com as recentes pactuações interfederativas e com o avanço do marco legal do SUS. Porém, como reflete Paim (2011), as bases legais e normativas do SUS já foram estabelecidas e já se adquiriu bastante experiência operacional e técnica, mas adverte que “para superar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, será necessária uma nova estrutura financeira e uma revisão profunda das relações público-privado. Assim o maior desafio enfrentado pelo SUS é político” (Paim, 2011, p. 28).

A magnitude e a velocidade da resposta vão depender da correlação de forças entre aqueles que defendem os direitos sociais e as pressões dos interesses econômicos nacionais e internacionais na conformação do estado.



## REFERÊNCIAS

Almeida CM. As reformas sanitárias dos anos 80 : crise ou transição? [Tese]Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública;1995.

Almeida CM. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. Cien Saude Colet. 1999; 4(2): 263-286.

Almeida EP. Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico científico-informacional. [Tese].São Paulo: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. Universidade de São Paulo; 2005.

Amaral V. Desafio do trabalho em rede. Rede Brasileira de Educação Ambiental (REBEA), 2004. Disponível em:[www.rts.org.br/biblioteca/desafios-do-trabalho-em-rede](http://www.rts.org.br/biblioteca/desafios-do-trabalho-em-rede). Pesquisa realizada em julho de 2011.

Amora D. Falido, cartão do SUS gera custo de R\$ 401 milhões. Folha de São Paulo 2010 janeiro 18.

Andrade LOM. Inteligência de Governança para apoio à Tomada de Decisão. Ciênc saúde coletiva [serial on the Internet]. 2012 Apr [cited 2012 Sep 02]; 17(4):829-832.Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000400003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400003&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400003>.

Arendt H. A Condição humana. Rio de Janeiro, Forense Universitária. 1995.

Ayres BRC. Os centros de voluntários brasileiros vistos como uma rede organizacional baseada no fluxo da informação. Revista de Ciência da Informação, fev/2001; v.2 , n.1.

Bazzoli GJ. The corporization of American hospitals. *J Health Polit Policy Law*;2004; 294(4-5):885-905.

Berenson RA, Horvath J. Confronting the barriers to chronic care management in Medicare Health Affairs.[site da Internet] 2003. Disponível em: <http://www.content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w337v1.pdf>. Acesso realizado em julho 2011.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Presidência da República – Casa Civil, 1988.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. Lei Orgânica da Saúde. 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*. 20 set., 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001: aprova a NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União* 2001; 26 jan.14.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Portaria MS/GM nº 373 de 27 de fevereiro de 2002, e regulamentação complementar. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, fev. 2002. Seção 1, p.52-6.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2006b; Seção 1, p.49-67, 3 abr.

\_\_\_\_\_. 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).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais saúde: direito de todos : 2008 – 2011 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. HumanizaSUS: redes de produção de saúde (Série B. Textos Básicos de Saúde), Brasília, DF, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários da Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Gestão da clínica nas redes de atenção à saúde: caderno do curso. 2. ed. São Paulo, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 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: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários da Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Gestão da clínica nas redes metropolitanas de atenção à saúde: caderno do curso. São Paulo, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria. Nº 396, de 4 de março de 2011. Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 mar. 2011c. Seção 1, p.64-5.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011d; Seção 1, p.1-3.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011e; 28 out. 2011. Seção 1, p.50-2.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 12.593, de 18 de janeiro de 2012. Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2012 a 2015. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 jan. 2012. Seção 1, p.1-8.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: Todos Usam o SUS. SUS na Seguridade Social, Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro. Brasília, DF, 2012. (Série C. Projetos, programas e Relatórios). Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio\\_final.pdf](http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/Relatorio_final.pdf)>. Acesso em: 8 jun. 2012.

Bueno WS, Merhy EE. Os Equívocos da NOB 96: Uma Proposta em Sintonia com os Projetos Neoliberalizantes? In: 10ª Conferência Nacional de Saúde Online: uma proposta para construção. 1997. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm> Acesso em: 10 maio 2002.

Cajigas BE. Política de prestação de servicios de salud. Bogotá, Primer Forum Internacional de Redes de Servicios y Ordenamiento Territorial en Salud. Secretaria de Salud de Bogotá/Organización Panamericana de la Salud, 2003.

Camargo Jr KR. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizador. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.

Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Ciênc. saúde coletiva, 2003; v.8, n.2, p.569-584.

Campos GWS. É preciso um novo pacto da sociedade pelo SUS. [entrevista] RADIS ago. 2011; 108: 21-24.

Capistrano Filho D. Da saúde e das cidades. São Paulo: Hucitec, 1995.

Capra F. A Teia da Vida. São Paulo: Ed. Cultrix/Amana Key, 1996.

Carvalho AI. Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

Castells M. A Sociedade em Rede. A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura – Volume 1. São Paulo: Paz e Terra, 1999; 698p.

Castells M. A Sociedade em Rede. São Paulo: Paz e Terra, 2000; 498 p.

Castro GA. Contribuição ao estudo da integralidade da ação de saúde. Dissertação de Mestrado, Salvador: Universidade Federal da Bahia. 1991.

Cerci Neto A, Ferreira Filho OF, Bueno T, Talhari MA. Redução do número de internações hospitalares por asma após a implantação de programa multiprofissional de controle da asma na cidade de Londrina. J Bras Pneumol. 2008; 34(9): 639-64.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2012. Available from: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300002&lng=en&nrm=iso)>. Access on 18 Aug. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Coleção Progestores. v.8. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília; CONASS, 2007.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Para entender a gestão do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional. CONASS DOCUMENTA n.21. Brasília: CONASS, 2010.

Contandriopoulos AP, Denis JL, Touati N, Rodriguez R. The Integration of Health Care: Dimensions and Implementation. Université de Montréal-Montreal, Quebec, 2004.

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 OswaldoCruz; 2004.

Costa-e-Silva V, Rivera FJU, Hortale VA. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, jun, 2007; 23 (6): 1405-1414.

Dawson B. Informe Dawson sobre El futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Ministerio de Salud de la Gran Bretana. Washington, D.C.: OPAS/MS, Publicacion científica, 1964; no. 93.

Dekker L. Changing health care in the Netherlands. The Hague, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1988. Disponível em: <http://www.nuffieldtrust.org.uk>. Acesso realizado em julho, 2011.

Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Houaiss A, Villar MS, Franco FM. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001. 2566 p..

Dourado DA, Elias PEM. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. Rev Saúde Pública, São Paulo, fev. 2011v. 45, n. 1, p.204-11.

DruckG, Filgueiras, L. Política social focalizada e ajuste fiscal: as duas faces do governo Lula. Rev. Katál. Florianópolis, jan./jun. 2007; v. 10, n. 1 p. 24-34.

Drury P. Supporting the integration of health services with electronic records in England. Barcelona, Integrated Care Meeting, 2001.

Estrada RA, Capote RM, Duran RMG, Jimenez HMA. La red de servicios del municipio y sus momentos. Universidad Autonoma de Chiapas, 2006.

Enthoven A. Managed competition of alternative delivery systems. Journal of Health Politics, Policy and Law, 13: 305-321, 1988.

Ethoven A, Tollen LA. Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency. Project Hope, The People-to-People Health Foundation, 2005.

Fábrega R. El camino de la reforma: construyendo redes asistenciales basadas en la atención primaria. Santiago, Reunión de expertos en sistemas integrados de salud. Organización Panamericana de la Salud, 2007.

Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D. Managed care: origins, principles and evolution. BMJ, 1997; 214:1823-1833.

Ferreira ABH. Novo Aurélio Século XXI: o Dicionário da Língua Portuguesa. 3 ed. Editora: Nova Fronteira, 2128 p., 1999.

Feuerweker LCM. Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Editora Hucitec/Londrina: Rede Unida/ Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

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

Flexner A. The Flexner Report on Medical Education in the United States and Canada. Washington: Science and Health Publications, Inc. 1910.

Folha de São Paulo. Falido, cartão do SUS gera custo de R\$ 401 mi. Reportagem do dia 18/01/2010. Disponível em:

<http://www.agora.uol.com.br/saopaulo/ult10103u680780.shtml> Acessado em: nov.2012.

Franceschini TRC. Observação da relação mãe-bebê-família como ferramenta para o aprendizado da integralidade. 257 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem, Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Franco TB, Magalhães Jr. HM. A Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: Merhy EE, *et al.* (Orgs).O trabalho em saúde olhando e experienciando o SUS. São Paulo: Hucitec, 2004.p. 125-33

Fratini, JRG, Saupe, R, Massaroli, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. Ciência, cuidado e saúde. 7(1):065-072,Maringá. jan.-mar. 2008.

Giovanella L, Lobato L, Carvalho AL, Connil EM, Cunha EM. Sistemas Municipais de Saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saude Debate. 26:37-61, 2002.



Goulart FAA. Esculpindo o SUS a golpes de portaria...: considerações sobre o processo de formulação das NOBs. *Cienc Saúde Coletiva*, 2001; v.6, n.2, p.292-8.

Gramsci, Antônio. *Cadernos do Cárcere*, volume 2; edição e tradução, Carlos Nelson Coutinho; co-edição, Luiz Sérgio Henrique e Marco Aurélio Nogueira. 3ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

Greenberg W, Goldberg LG. The determinants of hospital and HMO vertically integrated delivery systems in a competitive health care sector. *Int J Health Care Finace Econ*, 2002; 2(1):51-68.

Guarniere MCL. *Redes: Novo Paradigma*. Disponível na WorldWide Web.<[http://www.rits.org.br/redes\\_teste/rd\\_tmes\\_out2005.cfm](http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_tmes_out2005.cfm)>. Acesso em: julho de 2011.

Ham C. *Clinically integrated systems: the next step in English health reform?* London: The Nuffield Trust, 2007. (Breafing Papers). Disponível em: [http://www.hcmc.bham.ac.uk/staff/pdfs/Clinically\\_integrated\\_systems.pdf](http://www.hcmc.bham.ac.uk/staff/pdfs/Clinically_integrated_systems.pdf). Acessado em 08 de agosto de 2012.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad .Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004; 20 Sup 2:S331-S336.

Hildebrandt H, Ripmann K. *Managerial problems in setting up an integrated health system: reflections and experiences from a German perspective*. Barcelona, WHO Integrated Care Meeting, 2001.

Institute of Medicine. *Toerr is human: building a safer health system*. Washington, The National Academies Press, 1999.

Ismael R. Os Contornos do federalismo cooperativo brasileiro na constituição de 1988. In: Barreto A, et al., (Org.). *Anais do XIV Encontro Regional de História da*

*ANPUH-Rio: Memória e Patrimônio. [internet].* Rio de Janeiro: NUMEM, 2010. Disponível em: [http://www.encontro2010.rj.anpuh.org/resources/anais/8/1276614209\\_ARQUIVO\\_ANPUHRio\\_Artigo\\_Completo\\_Ricardo\\_Ismael\\_JUNHO\\_Rio\\_RJ\\_2010.1.pdf](http://www.encontro2010.rj.anpuh.org/resources/anais/8/1276614209_ARQUIVO_ANPUHRio_Artigo_Completo_Ricardo_Ismael_JUNHO_Rio_RJ_2010.1.pdf). Acesso em: 24 abril 2012.

Jimenez EJB, Soares ECXF, Simão MBG, Shimazaki ME, Dicci L. Avançando na atenção materno-infantil— Programa "Mãe Curitibana". In: Ducci L, Simão MBG, Moisés SG, organizadores. Curitiba: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro: CEBES, 2001; p. 201-12.

Kehrig RT. Integralidade da atenção à Saúde: Sua Expressão na Organização tecnológica do Trabalho em serviços Locais de Saúde. Tese de Doutorado, São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

Konder L.O que é dialética? 7.ed. São Paulo: Brasiliense, 1983; 89 p.

Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção a saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saude Coletiva*, 2010; 15(5): 2307-2316.

Lavadenz F, Schwab N, Straatman H. Redes públicas, descentralizadas y comunitarias de salud en Bolivia. *Ver Panam Salud Pública*, 2001; 9:182-189.

Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc São Paulo*. 2011;v.20, n.4, p.867-874.

Leatt P, Pink GH, Naylor CD. Integrated delivery systems: has their time come in Canada? *CMAJ*. Mar 15, 1996; 154(6):803-809. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1487797/?page=1>  
Acesso em 10 de agosto de 2012.

Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001; 6(2):269-91.

Magalhães Júnior HM. O desafio de construir e regular redes públicas de saúde, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte [tese doutorado]. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 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;2001.p.39-64.

\_\_\_\_\_. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizador. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. p.38.

\_\_\_\_\_. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, v.20, n.5, p.1411-1416. Out., 2004.

\_\_\_\_\_. 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 EV. Distritos Sanitários – O processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde, São Paulo/Rio de Janeiro:Hucitec/Abrasco, 1995.

\_\_\_\_\_. Os grandes dilemas do SUS. Tomo I. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.

\_\_\_\_\_. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

\_\_\_\_\_. Avaliação da atenção primária: uma breve aproximação de conceitos e caminhos. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária nas

secretarias estaduais de saúde: um diagnóstico preliminar. CONASS Documenta Vol. 7. Brasília; 2004. p 42-47.

\_\_\_\_\_. O SUS passo a passo. Belo Horizonte: mimeo, 2004 a.

\_\_\_\_\_. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde; Superintendência de Atenção à Saúde; Assessoria de [Normalização.gnas@saude.mg.gov.br](mailto:Normalização.gnas@saude.mg.gov.br), 2007.

\_\_\_\_\_. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, Autentica Ed.; 2009.848 p.

\_\_\_\_\_. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana de Saúde, Brasília, 2011. 549 p.

\_\_\_\_\_. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. p. 342-362.

Micallef J. Apports des réseaux em santé publique: conditions de mise en place e de fonctionnement en clinique et en recherche. *Thérapie*, 2000.55: 541-545.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9.ed.São Paulo: Hucitec, 2006.

Ministério de la Salud de Chile. Redes asistenciales. Santiago, Subsecretaria de Redes Asistenciales, 2005.

Ministerio de la Salud de Peru. Redes de servicios de salud. Lima, Ministerio de la Salud, 1999.

Novaes HM. Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde – Silos: análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina. Pioneira. São Paulo, 1990.

Nunes ED. Tendências e perspectivas da pesquisa e ciência social em saúde na América Latina: uma visão geral. In: As ciências sociais em saúde na América Latina. (E.D. Nunes, org), Brasília: OPAS. 1985. pp. 31-79.

O' Toole LJ Jr. "Treating networks seriously: Practical and research-based agendas in public administration". *Public Administration Review*, 1997.57: 45-52.

Oliveira PTR. Desigualdade Regional e o Território da Saúde na Amazônia. Belém, Pará: EDUFPA, 2008.

Olivieri L.A importância histórico-social das Redes- - artigo da publicação impressa Manual de Redes Sociais e Internet do Centro de Direitos Humanos ([www.cdh.org.br](http://www.cdh.org.br)), 2003. Pesquisa realizada em julho de 2011.

OMS. Organização Mundial de Saúde. *Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca*. Genebra: OMS, 2008.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Saúde 2008: atenção primária em saúde: agora mais que nunca [CD-ROM]. [S.I.]: OMS; 2010.

\_\_\_\_\_. Organização Mundial da Saúde. Global status report on non communicable chronic diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiências. Washington, DC: OPAS/OMS; Publicación científica nº 519, 1990.

\_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana de Saúde. Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: conceitos, práticas e lições aprendidas. Brasília, DF, 2008.

\_\_\_\_\_. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de salud Basadas em la Atención Primaria. Washington, D.C.: OPAS, 2009.

\_\_\_\_\_. Organização Pan Americana de Saúde. Análise de metade do período 2008-2010. Série Estratégia de Cooperação Técnica da OPAS/OMS com a República Federativa do Brasil, (2008-2012). Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Organização Pan Americana de Saúde. ResoluciónCD49.R22: redes integradas de servicios de salud basadas em la atención primaria de salud. Washington: OPS; 2009. Disponível em: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20\(Esp.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R22%20(Esp.).pdf).

Acesso em 16 de julho 2012.

\_\_\_\_\_. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación em las Américas. Série: La Renovación de la Atención Primaria de Salud em las Américas No.4. Washington, D.C., 2010

\_\_\_\_\_. Organização Panamericana de Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS : construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

Ouverney AM. Regionalização do SUS: uma análise da estratégia de integração intermunicipal. Ver Adm Diálogo, São Paulo; 2005.v.7, n.1, p91-106.

Ouverney AM. Os desafios da gestão em rede no SUS: situando a regionalização no centro da agenda estratégica da política de saúde. Divulg. saúde debate;(42):12-22, abr. 2008.

Paim JS. A Reforma Sanitária e os modelos tecnoassistenciais: a epidemiologia na organização dos serviços de saúde. In: Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Belo Horizonte: COOPMED/ABRASCO. v. 2. 1993.

Paim JS; Travassos, C.; Almeida, C.; Bahia, L.; Macinko, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Publicado em [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com). Publicação Online 9 de maio de 2011. Acesso realizado em: 08 de mar 2013.

Perdomo G. Financiamiento de los sistemas de salud. Exposición en el segundo foro internacional: reforma de Es Salud “alternativas para un modelo tradicional agotado”. hacia una mejor atención de los asegurados, 26.09.2008 – Lima/Peru.

Peres AMAM. A descentralização da Política de Saúde no Brasil: a municipalização é mesmo o caminho? Dissertação [Mestrado]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

Pérez Lazaro JJ, Garcia Alegria J. La medida de los resultados clínicos. Cuad Med Soc; nov 2001.80: 5-16.

Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA. Gestão de Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. EdUCS: IMS/UERJ: CEPESQ, Rio de Janeiro, 2006.

Pollitt A. Inglaterra. In: RAMOS, S.; VINOCUR, P. (Comp.). Sistemas de salud y reformas: diferentes respuestas a la relación entre El Estado y El mercado. Buenos Aires: CEDES – Centro de Estudios de Estado y Sociedad: FLACSO, 2000. P.41-79.

Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad.Saúde Pública. 2003;19(1):27-34.

Reinert M. ALCESTE: Une Methologie d’analyse dès donnes textuelles et une application: Aurélia de Gerard de Nerval: Bulletin de Methologie Sociologique. 1990.

N.26, p.24-54.

Rits - artigo publicado em [www.rits.org.br](http://www.rits.org.br), 2008. Pesquisa realizada em julho de 2011 no site: [http://www.rits.org.br/redes\\_teste/rd\\_oqredes.cfm](http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_oqredes.cfm).

Rondinelli DA. Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. In: Rondinelli DA. (Editor): Public administration and democratic governance: governments serving citizens. [S.l.]: United Nations; 2006. p. 1-28. Disponível em: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un/unpan025063.pdf>.

Rosenau JN, Czempiel E, organizadores. Governança sem governo: ordem e transformação na política mundial. Brasília, São Paulo: Editora da Universidade de Brasília, Imprensa Oficial do Estado; 2000.

Sá PK. Integralidade da Atenção no Programa Médico de Família de Niterói /Rj. 2003. 114. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro; 2003.

Saltman RB, Figueiras J. European health care reforms: analysis of current strategies. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, 1997.

Santos NR. Política pública de saúde no Brasil: encruzilhada, buscas e escolhas de rumos. Ciênc Saúde Coletiva, Rio de Janeiro; 2008.v.13, supl.2, p.2009-18.

Santos NR. Democracia e Participação da Sociedade em Saúde In Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. / organizado por Gustavo Corrêa Matta e Júlio César França Lima. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

Santos NR. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: tendências e desafios após 20 anos. Saúde em Debate, Rio de Janeiro; jan./abr. 2009. v. 33, n. 81, p. 13-26.



Scatena JHG, Tanaka OY. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. *Saúde Soc*; 2001.v.10, n.2, p.47-74.

Schramm JMA, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*; 2004. 9:897-908.

Scherer-Warren I. *Redes de movimentos sociais*. São Paulo: Loyola; Centro João XXIII, 1993.

Secretaria Estadual da Saúde do Ceará. *Sistema microrregional de serviços de saúde de Baturité*. Fortaleza, SESA, 2000

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *As prioridades do Plano de Governo para o período 2003/2006*. Belo Horizonte, Nota técnica do Comitê de Assuntos Estratégicos da SES MG, 2004.

Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. *Projeto de Implantação do Sistema Integrado de Serviços de Saúde – SISS na Região de São Pedro*. Vitória: Centro de documentação, SEMUS. 2001.

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. *O sistema integrado de serviços de saúde*. Curitiba, mimeo, Secretaria Municipal de Saúde, 2002.

Secretaria de Salud Pública y de Asistencia Social. *Modelo de red de los servicios regionales de salud: una guia para El desarrollo de los servicios de salud para la atención a las personas*. Santo Domingo, 2006.

Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA, Mitchell JB, Morgan KL. *Creating organized delivery systems: the barriers and the facilitators*. *Hosp Health Serv Adm*; 1993.38(4):447-66,

Shortell SM, Gilles RR, Devers KJ. Reinventing the American hospital. *The Milbank Quarterly*; 1995.73:131-160.

Shortell SM et al. – Remaking health care in America: building organized delivery systems. San Francisco, Jossey-Bass, 1996.

Silva PLB. Serviços de Saúde: o dilema do SUS na nova década. *São Paulo em Perspectiva*; 2003.17 (1): 69 – 85.

Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev esc enferm USP [serial on the Internet]*. 2008 Mar [cited 2012 Sep 02]; 42(1): 48-56. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000100007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100007&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000100007>

Silva SF. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. *Saúde em Debate*; 2009.33(81):38-46.

Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro; jun 2011. v. 16, n. 6, p.2753-62.

Silva SF, Dobashi BF. Pacto pela Saúde/2006: uma nova etapa na construção do SUS. In: Cerci Neto A. (Org.). *Asma em saúde pública*. Barueri, SP: Manole, 2007.

Silva SF, Carvalho G, Magalhães Jr. HM, Brêtas Jr. N *et al*. Redes de atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Gilson Carvalho *et al*. organizador: Silvio Fernandes da Silva. Campinas: IDISA: CONASEMS, 2008. 202p.

Sousa, MF, Hamann, EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2012.

[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>

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

Suñol R *et al.* Towards health care integration: the proposal of an evidence and management system-based model. *Med Clin*; 1999. 112: 97-105.

Tanaka OY, Oliveira VE. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: Lição para o SUS. *Saúde e Sociedade*; 2007. 16 (1): 7-17.

Teixeira SA. Avaliação dos usuários sobre o programa de saúde da família em Vitória da Conquista — Bahia — Brasil. In OPAS. Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Afra Suassuna Fernandes/Juan A. Seclen-Palacin (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

Teixeira SMF. Municipalização da saúde e poder local no Brasil: relatório de pesquisa. *Ver Adm Pública*;1997.v.31, n.3, p.195-8.

Vasconcelos LC. Introdução à regulação à saúde suplementar. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - ANS. Introdução à regulação à saúde suplementar: histórias e práticas. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2008. p.18-28.

Vásquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Organizaciones sanitárias integradas: um estúdio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2007.

Vázquez MLN, Vargas IL. Redes integradas de servicios de salud: solución o problema? *Ciencias de la Salud*, 2006. 4: 5-9.

Vazquez F L. Referência e contra-referência no Sistema Único de Saúde. Monografia de Especialização. Piracicaba, 2009.

Wan TTH, Lin Yen-Ju B, Ma A. Integration mechanisms and hospital-efficiency in integrated health care delivery systems. *Journal of Medical Systems*;2002.26: 127-143.

Who. Highlights on Health in the United Kingdom. London, 1997.

Young DW, McCathy SM. Managing integrated delivery systems: a framework for action. Chicago, Health Administration Press, 1999.

Zitter MA. New paradigm in health care delivery: disease management. In: Disease management: a systems approach to improving patient outcomes (W.E. Todd & D. Nash, ed), Chicago: American Hospital Publishing Co., 1996.

## ANEXOS

### ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FS/UnB



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/FS

#### PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: 123/11

Título do Projeto: "As redes de atenção à saúde no Brasil".

Pesquisadora Responsável: Joseney Raimundo Pires dos Santos

Data de Entrada: 06/09/11

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto 123/11 com o título: "As redes de atenção à saúde no Brasil", analisado na 8ª reunião ordinária realizada no dia 20 de outubro de 2011.

O pesquisador responsável fica, desde já, notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 20 de outubro de 2011.

Prof. Thiago Rocha da Cunha  
Vice Coordenador do CEP-FS/UnB

## ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade de Brasília  
 Faculdade de Ciências da Saúde  
 Departamento de Saúde Coletiva  
 Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Em acordo às Normas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde- MS)

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa “Representações sobre as Redes de Atenção no Brasil”, executada pela Universidade de Brasília, com o objetivo de avaliar as representações sobre o tema por gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. Esta pesquisa está sendo realizada pelo pesquisador Joseney Raimundo Pires dos Santos, vinculado ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

A sua participação irá requerer um tempo de cerca de 30 minutos, e você terá liberdade para responder de acordo com a sua percepção sobre o assunto.

Você poderá recusar-se a responder qualquer uma das perguntas que lhe cause constrangimento, bem como, decidir interromper sua participação a qualquer momento da pesquisa.

As informações coletadas nesse estudo farão parte da dissertação de mestrado do pesquisador e poderão resultar em publicações em periódicos científicos e livros. O investigador se obriga a não revelar sua identidade e privacidade em qualquer publicação.

Antes de assinar este termo, você deve informar-se plenamente sobre o mesmo, não hesitando em formular perguntas sobre qualquer aspecto que julgar conveniente.

Esclarecimentos poderão ser feitos a qualquer momento da pesquisa. O contato com o pesquisador Joseney Raimundo Pires dos Santos poderá ser feito, se necessário, por meio do telefone 3340-5104, cel. 9645-0777 ou por meio do e-mail [joseney.santos@gmail.com](mailto:joseney.santos@gmail.com).

Informações sobre a aprovação dessa pesquisa podem ser obtidas no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos (CEP-FS/UnB) pelo telefone 61 3107-1947.

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011

Nome do (a) participante:

\_\_\_\_\_

(LETRA DE FORMA)

Assinatura do (a) participante:

\_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável (assinatura):

\_\_\_\_\_

Joseney Raimundo Pires dos Santos

**ANEXO C - Roteiro das entrevistas semiestruturadas.**

Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Departamento de Saúde Coletiva  
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

---

**ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS.**

- 1- Em sua opinião, o que são Redes de Atenção à Saúde (RAS)? (Como você entende as Redes?)
- 2- Quais os elementos que compõem uma RAS?
- 3- Por que da estruturação das RAS (finalidade, intenção, objetivos)?
- 4- Como você avalia o atual estágio do Brasil em relação às RAS? Como está se dando o processo de estruturação das RAS em nosso país?
- 5- Quais as etapas seguintes para a estruturação/consolidação das RAS no Brasil?
- 6- Em sua opinião, qual o melhor desenho de RAS?
- 7- Como está o pacto entre os entes para a construção da governança das RAS?
- 8- Quais as facilidades/Oportunidades para o desenvolvimento das RAS?
- 9- E quais as dificuldades para sua estruturação e consolidação?
- 10- Quais os desafios?
- 11- Quais as perspectivas futuras das RAS?
- 12- O que gostaria de acrescentar sobre o tema?

(Encerrar com um agradecimento pela valiosa contribuição)

## ANEXO D– Questionário da pesquisa.



Universidade de Brasília  
 Faculdade de Ciências da Saúde  
 Departamento de Saúde Coletiva  
 Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

---

### PROJETO DE PESQUISA – PERCEPÇÕES SOBRE AS REDES DE ATENÇÃO NO BRASIL

**Questionário (por favor, enviar preenchido para [joseney@unb.br](mailto:joseney@unb.br))**

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre as redes de atenção à saúde (**RAS**) no Brasil.

Sua participação é voluntária e muito importante para o sucesso do estudo; suas respostas serão mantidas em sigilo.

**Agradecemos por sua colaboração ,essencial para o êxito desta investigação**, e pedimos que **todas** as questões sejam preenchidas.

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Sexo: \_\_\_\_\_
4. Profissão: \_\_\_\_\_
5. Tempo de atuação no SUS: \_\_\_\_\_ anos.
6. Trabalha no Município: \_\_\_\_\_ ou Estado: \_\_\_\_\_ ou Federal ( ).
7. Já exerceu função de gestor? ( ) Sim ( ) Não
8. Assinale os serviços que identifica como integrantes de uma **RAS**:
  - ( ) Equipes de Saúde da Família
  - ( ) Unidades de Saúde
  - ( ) Ambulatório
  - ( ) Serviços de Diagnóstico Especializado
  - ( ) Laboratório de Patologia Clínica
  - ( ) Serviço de Assistência Farmacêutica
  - ( ) Hospital
  - ( ) PS ou UPA
  - ( ) Centros de Reabilitação ou de Prevenção
  - ( ) Outros \_\_\_\_\_
9. Em seu município/estado, usualmente, qual(is) a(s) Porta(s) de Entrada do SUS?
  - ( ) Equipes de Saúde da Família
  - ( ) Unidade Básica de Saúde
  - ( ) Ambulatório de especialidade
  - ( ) Hospital
  - ( ) Unidade de Pronto Atendimento – UPA
  - ( ) Pronto Socorro – OS
  - ( ) Outros \_\_\_\_\_



10. Na sua experiência, qual o meio utilizado rotineiramente para o encaminhamento de pacientes que necessitam ser referenciados para realizar consultas, exames ou internação na rede pública de saúde? (Se desejar marque mais de uma resposta).

- Via telefone
- Via impresso de Referência e Contra-Referência
- Informal - relações estabelecidas entre gestores ou Técnicos de Saúde
- Via cartão de identificação do usuário (Cartão SUS)
- Via Central de Regulação
- Outros \_\_\_\_\_

11. Em sua opinião, são características de um sistema fragmentado de saúde (se desejar marque mais de uma resposta)

- Organizados por componentes de serviços isolados
- Orientados para a atenção às condições agudas ou agudizações das condições crônicas
- Voltados para indivíduos
- Os sujeitos são os pacientes que recebem as prescrições do cuidado.
- Reatividade à demanda dos usuários
- Ênfase nas ações curativas e Reabilitadoras
- Sistemas de entrada aberta e sem coordenação da atenção
- Ênfase no atendimento do profissional
- Gestão da oferta
- Financiamento por procedimentos em pontos de atenção isolados
- Outras \_\_\_\_\_

12. Em sua opinião, quais são as dificuldades de acesso aos pacientes que são encaminhados aos serviços de referência para realizar consultas, exames ou internação? (Se desejar marque mais de uma resposta).

- Insuficiência de leitos para a internação
- Insuficiência de exames em Patologia Clínica
- Insuficiência de exames de Diagnóstico por Imagem
- Desorganização do sistema de regulação
- Erro na documentação do encaminhamento
- Insuficiência de consultas em determinadas especialidades
- Acessibilidade (longas distâncias, transporte público deficiente)
- Outras \_\_\_\_\_

13. No seu município/estado, o encaminhamento de consultas especializadas se faz: (Se desejar, marque mais de uma resposta).

- Pela central de marcação de consultas especializadas, com cota de consulta para cada USF ou UBS.
- Por orientação verbal ao paciente
- Por ficha de Referência e Contra-Referência
- Por relatório completo do caso
- Por contato pessoal com colega de outra instituição
- Outros \_\_\_\_\_

14. Na sua avaliação, quando um paciente retorna ao serviço de saúde de origem, traz informações sobre os cuidados que recebeu e orientações sobre a continuidade do cuidado? *(Marque apenas uma resposta)*
- ( ) Nunca  
 ( ) Sempre  
 ( ) Às vezes  
 ( ) As informações são relatadas pelo paciente verbalmente
15. Que dificuldades você aponta para a recusa de atendimento aos pacientes que são encaminhados aos serviços de referência para realizar consultas, exames ou internação? *(Se desejar, marque mais de uma resposta).*
- ( ) Falta de leitos  
 ( ) Insuficiente cota de exames  
 ( ) Desorganização do sistema de regulação  
 ( ) Erro na indicação do procedimento  
 ( ) Erro no preenchimento das informações  
 ( ) O procedimento ou especialidade indicado não existe naquele serviço  
 ( ) Outras \_\_\_\_\_
16. Como você avalia o relacionamento entre os gestores dos diversos níveis de atenção à saúde?
- ( ) Ótimo                      ( ) Regular                      ( ) Péssimo.  
 ( ) Bom                      ( ) Insuficiente
17. Em sua opinião, o grau de organização e funcionamento das Redes de Atenção à Saúde em seu município/estado encontram-se em estágio:
- ( ) Incipiente.      ( ) Medianamente desenvolvido      ( ) Bem desenvolvido..
18. Assinale quais os elementos essenciais que conformam uma rede: *(Se desejar marque mais de uma resposta):*
- ( ) Comunicação  
 ( ) Sistema de Governança  
 ( ) Sistemas de apoio  
 ( ) Sistemas logísticos  
 ( ) Atenção Básica como orientadora e organizadora do cuidado  
 ( ) Outros \_\_\_\_\_
19. A governança das RAS pode ser exercida:
- ( ) Pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR ou CIR)  
 ( ) Pela CIB  
 ( ) Pela CIT  
 ( ) Pelo Conselho Municipal de Saúde  
 ( ) Pelo Conselho Estadual de Saúde  
 ( ) Outros \_\_\_\_\_

20. Na sua avaliação, a comunicação entre os serviços integrantes das RAS em seu município/estado:

É eficiente                       É razoável                       É deficiente

21. Em sua opinião, quais as principais dificuldades enfrentadas para a consolidação das RAS de seu município/estado? *(Se desejar marque mais de uma resposta).*

- Recursos Humanos insuficientes e pouco qualificados.
- Governança.
- Serviços de Saúde insuficientes.
- Dificuldade de acesso à média e alta complexidade.
- Insuficiência de vagas nos leitos hospitalares.
- Longa espera para consultas, exames e internações.
- Falta de medicamentos e insumos.
- Déficit de atendimento de Urgência e Emergência.
- Falta de recursos financeiros.
- Deficiente comunicação entre os pontos da rede.
- Necessidade de qualificação da Gestão em todos os níveis de atenção.
- Outras: \_\_\_\_\_

22. Em sua opinião, das frases abaixo, qual (quais) a(s) representa(m) o conceito de Redes de Atenção à Saúde? *(Se desejar, marque mais de uma resposta):*

- I – Linha de Cuidado é o itinerário percorrido pelo usuário entre os vários pontos de atenção de uma rede de saúde.
- II – O equilíbrio entre escala econômica e acesso assistencial é o principal critério de qualidade das redes de atenção à saúde.
- III – Integralidade na atenção à saúde implica em articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção, fluxos assistenciais que possibilitam a longitudinalidade e interação entre diferentes políticas públicas.

Por favor, enviar este questionário para o e-mail: [josney@unb.br](mailto:josney@unb.br)

**Obrigado pela inestimável contribuição!**

**ANEXO E – Autorização do Ministério da Saúde para realização da pesquisa.**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 9º andar  
70058-900 – Brasília/DF – Tel.: - (61) 33152085 / 2086

**DECLARAÇÃO**

Declaro ter ciência quanto à realização do Projeto de Pesquisa intitulado “As redes de atenção à saúde no Brasil”, conduzido por Joseney Raimundo Pires dos Santos, médico do Ministério da Saúde, com a finalidade de compor sua dissertação de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Brasília, 31 de outubro de 2011.

  
HELVÉCIO MIRANDA MAGALHÃES JUNIOR  
Secretário de Atenção à Saúde

**ANEXO F - Declaração do Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa como instituição co-participante.**



**INSTITUTO SÍRIO-LIBANÊS  
DE ENSINO E PESQUISA**

O Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do projeto de pesquisa “**As redes de atenção à saúde no Brasil**”, conduzida pelo pesquisador Joseney Raimundo Pires dos Santos, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. Declaro conhecer e cumprir as resoluções Éticas Brasileiras, em especial a resolução nº 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, mediante submissão e aprovação pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade de Brasília.

São Paulo, 01 de setembro de 2011.

**Prof. Dr. Roberto de Queiroz Padilha**

Diretor de Ensino

Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa