

Texto Rede

Apesar dos importantes avanços na implantação do SUS no Brasil, desde que esse sistema foi criado pela Constituição de 1988, com a organização dos sistemas municipais e estaduais de saúde, ampliação de oferta de serviços e aumento da cobertura populacional, é importante considerar que ainda há muito a ser feito, especialmente com vistas à garantia da qualidade dos serviços e de sistemas locais de saúde atuando de forma integrada e articulada.

A gama de variáveis que afetam a organização dos serviços e sistemas é muito grande e passa por problemas relacionados ao subfinanciamento do setor, insuficiência na quantidade e qualificação dos trabalhadores que atuam na área e, ainda, modelos de atenção, gestão e ensino inadequados para as necessidades de saúde dos usuários, entre outros.

E conforme avalia Feuerwerker (2005), “o SUS real, apesar de todas as acumulações e avanços, está muito distante da proposta almejada pelo movimento da Reforma Sanitária”. Isso porque as fragilidades atuais do sistema põem em risco sua legitimidade política e social”.

Nesta mesma direção, afirma Mendes (2011): “O imprescindível incremento dos recursos públicos para a saúde no Brasil, para produzir impacto sanitário, tem de vir junto com reformas profundas no SUS”.

Vários autores têm mostrado como é necessário enfrentar o desafio de saber operar a gestão dos estabelecimentos de saúde e dos processos de trabalho de outra maneira, anti-hegemônica, em relação ao projeto médico neoliberal (CAMPOS, 1992; CECÍLIO, 1994; MERHY & ONOCKO, 1997). Significativa parcela deles afirma que essa tarefa passa pela busca da construção de outro tipo de vínculo entre os trabalhadores de saúde e os usuários no interior das instituições de saúde. O que não se restringe ao ponto de vista da participação conjunta nas lutas por melhores condições de trabalho e assistência, mas, principalmente, na construção de outra maneira de assumir o compromisso diário diante do cuidado em saúde.

Portanto, desde a década de 80, o movimento sanitário vem preconizando a necessidade de repensar e reconstruir o modelo de atenção em novas bases, ou seja,

entendendo a saúde não como mera ausência de doenças ou simples reparação do corpo biológico, mas como direito social e de cidadania e um bem indissociável da vida, que confere graus de bem-estar e autonomia às pessoas no seu viver e resultante das condições de alimentação, moradia, saneamento e meio ambiente, educação, trabalho e renda, lazer e cultura, dentre outras.

Neste sentido, para dar conta da complexidade do objeto do processo saúde/doença, qual seja a vida e saúde de pessoas, há que se ter um conceito amplo de saúde que direcione a intervenção e resposta às necessidades de saúde desses sujeitos sociais, atuando desde a promoção e prevenção, passando pelo diagnóstico, monitoramento e tratamento, mas também atuando sobre a reabilitação em todos os seus aspectos, se necessário. E, ao lado disso, um modelo de atenção integral à saúde dos cidadãos que consiga: melhorar e humanizar o acesso; aumentar o vínculo/responsabilização instituindo uma nova relação profissional de saúde-usuário; implementar o trabalho em equipe e multidisciplinar e a prática clínica cuidadora; aumentar a qualidade da atenção (ações coordenadas, contínuas e respondendo às necessidades dos usuários); garantir a profissionalização e democratização dos serviços; a articulação em Rede; a participação da sociedade e aumentar a resolubilidade, a eficiência e a efetividade dos serviços.

A perspectiva dessa reforma do modelo de atenção só será possível se feita e articulada em REDE e trabalhando em uma nova postura e prática assistenciais, que vem sendo denominada de gestão das linhas de cuidado, ou seja, a gestão do conjunto das tecnologias ou recursos consumidos durante o processo de assistência ao beneficiário nas diversas etapas do processo de produção da saúde (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação), operando vários serviços e funcionando de forma articulada.

Nessa direção, torna-se fundamental para garantia da implementação de um sistema de saúde integral e de qualidade que se atue de forma decisiva na mudança dos modos de organização e efetivação do cuidado em saúde. Ou seja, não basta lutar pelo aumento dos recursos financeiros, há de se rever a forma como cuidamos dos usuários.

E essa situação reveste-se de importância maior, tendo em vista o momento atual, quando se identifica um quadro sanitário no país caracterizado por uma transição

demográfica acelerada, transição epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social que contribuem para um maior risco de desenvolvimento das doenças crônicas (MALTA, MORAIS NETO, SILVA JUNIOR, 2011), tornando-se mais urgente ainda rever a forma como estamos organizando os serviços e sistemas para dar conta dessa complexa tarefa.

Mendes (2011) diz que o problema principal do SUS reside na incoerência entre a situação e necessidades de saúde existentes no país e os sistemas fragmentados de atenção à saúde e preconiza a implantação das Redes de Atenção à Saúde.

Desde dezembro de 2010, por meio da Portaria n. 4.279 (MS, 2010), o Ministério da Saúde acena para a necessidade da organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), como estratégia para a consolidação do SUS, de modo a promover e assegurar a universalidade e integralidade da atenção, a equidade do acesso, além da melhor articulação dos serviços e sistemas e transparência na alocação de recursos.

Essa portaria destacava os fundamentos conceituais essenciais para a organização das RAS nos territórios buscando superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS. E definia como redes de atenção à saúde:

[...] os arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MS, 2010).

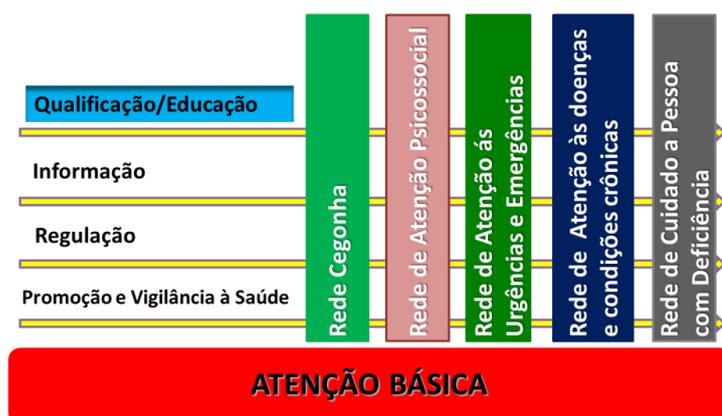
A implementação das redes na área da saúde tem como principais características: a formação de relações horizontais entre os diversos pontos de atenção tendo como o centro de comunicação a Atenção Primária à Saúde (APS); a centralidade nas necessidades em saúde de uma população; a responsabilização na atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; e o compartilhamento de objetivos e compromissos com resultados sanitários e econômicos.

A literatura internacional apresenta estudos que mostram evidências de melhores resultados sanitários nos países que organizaram os seus sistemas através das redes de atenção à saúde, tais como: diminuição de referências a especialistas e a hospitais; aumento da eficiência dos sistemas de atenção à saúde; serviços mais custo/efetivos; e aumento da satisfação das pessoas usuárias, entre outros (MENDES, 2007).

Tendo em vista a ênfase que a atual gestão do Ministério da Saúde quer dar para a melhoria do acesso e qualidade dos serviços, a Secretaria de Atenção (SAS) definiu pela implantação das Redes Temáticas prioritárias como estratégia nuclear para o alcance desses objetivos.

Essas redes temáticas têm como sustentáculo fundamental a atenção básica (MS, 2012), conforme se pode evidenciar no diagrama abaixo. Também são transversalizadas pelos eixos da promoção e vigilância à saúde, informação, regulação e educação permanente. Este é um desenho inicial e básico para o processo de implementação das redes que deverá ser complementado a partir das demandas e necessidades dos territórios concretos.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



Fonte: MS, 2013

E é a partir deste referencial que o MS busca, apoiando os gestores locais, sejam eles estaduais, de uma dada região ou município, implementar e efetivar a proposta das redes de atenção à saúde nos territórios de saúde. E esse é um dos grandes desafios da atualidade que se apresenta para a gestão em saúde para consolidação do SUS no país.

Além dos inúmeros outros desafios já apontados, como necessidade de aumento dos recursos financeiros, necessidade de provimento e qualificação dos profissionais da saúde, revisão do modelo de atenção e ensino, e, ainda, a premência de uma maior inserção do controle social, deve-se considerar que a estratégia da implementação das

Redes de Atenção à Saúde tem de considerar as especificidades dos territórios concretos.

Isso porque, no Brasil, temos uma grande diversidade regional, cultural, social e de gestão que se expressa em mais de 5.560 municípios com realidades muito heterogêneas, como, por exemplo, mais de 50% desses municípios são pequenos (com menos de 10.000 habitantes) com pouca ou insuficiente capacidade gestora e de serviços, além de uma grande concentração de equipamentos/serviços de saúde nos grandes centros e capitais, e em algumas regiões do país (especialmente sul e sudeste). E também a estrutura de ensino e pesquisa concentrada e com pouca capilaridade nos menores centros. Soma-se a esta situação, que a grande maioria dos gestores tem pouca ou insuficiente qualificação para dar conta dessa complexa tarefa de gestão em saúde.

Tudo isso faz do processo de planejamento e gestão um grande desafio em boa parte dos sistemas municipais e estaduais de saúde, e, neste sentido, este curso pretende somar esforços para minorar este desafiador problema sanitário.

Referências Bibliográficas

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM N° 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: MS, 2010.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes Temáticas**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=41371&janela=1>. Acesso em: 27 fev. 2013.
4. CAMPOS, G.W.S. **Reforma da Reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992. 220 p.
5. CECÍLIO, Luiz C. O. (Org) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. 334 p.
6. FEUERWERKER, Laura. **Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do**

- SUS. Interface –Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005
- MENDES, Eugênio Vilaça. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
7. MALTA, D.C.; MORAIS NETO, O.L.; SILVA JUNIOR, J.B. **Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 20(4):425-438, out-dez 2011.
 8. MENDES, Eugênio Vilaça. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.
 9. MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
 10. MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. (Orgs.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo – Buenos Aires: Hucitec- Lugar Editorial, 1997.