

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Instituto de Economia

Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas Estratégias e Desenvolvimento

Mestrado

Área de concentração Governança e Políticas Públicas

RONALDO MARQUES GOMES

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS:
25 ANOS DE UMA CONTRADIÇÃO FUNDAMENTAL**

Rio de Janeiro, RJ

2014

Ronaldo Marques Gomes

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS:
25 ANOS DE UMA CONTRADIÇÃO FUNDAMENTAL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de MESTRE em Ciências, em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia Teixeira Werneck Vianna

Rio de Janeiro, RJ
2014

FICHA CATALOGRÁFICA

G633 Gomes. Ronaldo Marques.
Redes de atenção à saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental / Ronaldo Marques Gomes.-- 2014.
226 f. ; 31 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Economia, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento, 2014.

Orientadora: Maria Lúcia Teixeira Werneck Vianna

Bibliografia: f. 200-226.

1. Política pública de saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Redes de atenção à saúde. 4. Federalismo. 5. Organização. I. Vianna, Maria Lúcia Werneck. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Economia. III. Título.

CDD 362.1

Ronaldo Marques Gomes

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS:
25 ANOS DE UMA CONTRADIÇÃO FUNDAMENTAL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento do Instituto de Economia da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de MESTRE em Ciências, em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento.

Aprovada em:

Profa. Dra. Maria Lúcia Teixeira Werneck Vianna
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Profa. Dra. Maria Angélica Borges dos Santos
Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/FIOCRUZ

Prof. Dr. George Edward Machado Kornis
Instituto de Medicina Social (IMS)/UERJ

Rio de Janeiro, RJ
2014

A motivação principal deste trabalho foi contribuir com a luta da sociedade brasileira por uma Política Pública de Saúde que, efetivamente, seja capaz de garantir o que está inscrito na Constituição Federal de 1988 e resultou do longo enfrentamento da ditadura e do esforço para superar uma “saúde pública” centralizadora, hierárquica e excludente:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Dedico este trabalho aos cerca de
150.000.000 (cento e cinquenta milhões) de cidadãos
que hoje dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente ao amigo Alberto Di Sabbato, que nos começos da longínqua década de 1970, nos anos de chumbo, me apresentou às primeiras letras da luta contra a ditadura e por uma sociedade igualitária, solidária e humana. Este trabalho é o resultado direto das lutas que então travamos e que continuo, teimosamente, a travar.

Ao amigo Fábio Sá Earp que, com sua conhecida generosidade, me ofereceu abrigo num momento para mim crucial, no início deste percurso acadêmico.

À Maria Angélica Borges, que foi a primeira profissional e acadêmica da área da saúde a me indicar que minhas hipóteses aparentemente faziam sentido.

A João Sabóia, que com quatro palavrinhas simples me ajudou a perceber que havia algum valor em minha teimosia. Lamento caro Sabóia, porque talvez eu não seja um lutador, mas apenas mais um perdido na noite do Tempo, tentando desesperadamente encontrar a saída.

A meus colegas Especialistas em Gestão de Saúde da SES/RJ, em particular Juliana Santino, Henrique Dias, Susane Gattass, Pedro Filho e Gilson Jácome, sou grato pelas críticas, contribuições e, principalmente, pela generosidade de me ouvirem.

Aos queridos Anna Yparraguirre, Flávio Lyra e Ronei Gomes. Sem sua amizade, generosidade e apoio eu teria sucumbido às batalhas que fui obrigado a travar ao longo do mestrado.

Ao professor Aloísio Teixeira (*in memoriam*) e à professora Maria Lúcia Teixeira Werneck Vianna, que, com suas obras, são fontes seguras para todos os que buscam compreender os impasses das lutas sociais em nosso país.

Como o conhecimento é uma obra necessariamente coletiva, agradeço aos que vieram antes de mim e a meus contemporâneos, que com suas contribuições a esta luta, em particular na saúde pública, me servem de alicerce.

A vida também é uma construção coletiva. Por isto minha gratidão a todos, amigos, familiares e profissionais da saúde que me apoiaram em minhas batalhas por minha saúde. Sem eles eu não estaria aqui.

A meus pais que, sob difíceis condições financeiras, mas sempre fundados na noção de honestidade, lutaram para garantir a seus filhos uma boa educação e um futuro melhor.

Por fim, minha gratidão a meus filhos, André e Thiago, às suas mães, Ethel Handfas e Lúcia Chagas, e à Noemi Bauberger. Com eles e elas tenho uma dívida irredimível.

Resumo

Gomes, Ronaldo Marques. **Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 Anos de uma Contradição Fundamental.** Dissertação (Mestrado em Ciências, em Políticas Públicas, Estratégias e Desenvolvimento). Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014.

Esta dissertação examina o que o autor compreende como a principal contradição das Redes de Atenção à Saúde do SUS e fonte de seus históricos e graves problemas: a contradição entre sua Organização Necessária, integral e integrada em todo o território nacional, e a essência federativa e municipalista de sua Organização Atual, estruturalmente fragmentadora e desintegradora.

O trabalho busca mostrar que as redes do SUS devem ser concebidas, planejadas e construídas como uma Organização e, mais que isto, uma organização integral e integrada em todo o território nacional.

De modo a contextualizar a Organização Atual das redes do SUS, bem como suas origens e desenvolvimento, alinha argumentos que sublinham as dificuldades típicas da construção de redes de atenção à saúde, com essas características, em ambientes federativos. Nesta perspectiva, esboça também o complexo contexto, político e institucional, no qual o SUS e suas redes foram inscritos na Constituição Federal de 1988 e implementados nas décadas seguintes.

A Organização Atual e a Organização Necessária das redes do SUS são examinadas em um nível de detalhe que busca permitir seu confronto, de modo que se perceba a completa inadequação da primeira, estruturalmente fragmentadora e desintegradora, frente aos requisitos de integralidade e integração, em todo o território nacional, da segunda.

Delineia, ainda, alguns dos graves prejuízos para as redes do SUS e os serviços de atenção à saúde que oferecem decorrentes de sua Organização Atual.

Finalmente, com base nos requisitos de integralidade e integração em todo o território nacional da Organização Necessária das redes do SUS, registra os principais aspectos, já em debate, das alternativas à Organização Atual dessas redes.

Palavras-chave: Política Pública de Saúde; Sistema Único de Saúde; Redes de Atenção à Saúde; Federalismo; Organização.

Abstract

Gomes, Ronaldo Marques. **Health Care Networks of Brazilian Unified Health System: 25 years of a fundamental contradiction.** Dissertation (Master's degree in Public Policies, Strategies and Development). Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2014.

This dissertation examines what the author understands as the principal contradiction of Health Care Networks of Brazilian Unified Health System (SUS in portuguese), and source of its historical and serious problems: the contradiction between its Necessary Organization, integral and integrated throughout the national territory, and the federal and municipalist essence of its Current Organization, structurally fragmented and disintegrated.

The work aims to show that Health Care Networks of Brazilian Unified Health System must be planned, designed and constructed as an Organization and, more than that, a integral and integrated organization throughout the national territory.

In order to contextualize the Current Organization of these networks, as well as its origins and development, aligns arguments which underline the typical difficulties of building health care networks, with these characteristics, in federal environments. In this perspective, also outlines the complex context, political and institutional, in which the Brazilian Unified Health System and their networks were enrolled in the Federal Constitution of 1988 and implemented in the following decades.

The Current Organization and the Necessary Organization of the Brazilian Unified Health System networks are examined in a level of detail that is intended to allow its confrontation, so that one realizes the utter inadequacy of the first, structurally fragmenting and disintegrative, against the requirements of integrality and integration, throughout the national territory, of the second.

It also outlines some of the serious damage to the networks of Brazilian Unified Health System and the health care services they provide arising from its Current Organization.

Finally, based on requirements of integrality and integration, throughout the national territory, of the Necessary Organization of the networks of the Brazilian Unified Health System, records the main aspects, already in discussion, of alternatives to the Current Organization of these networks.

Keywords: Public Health Policy; Brazilian Unified Health System; Health Care Networks; Federalism; Organization.

SUMÁRIO

EPÍGRAFES	12
1. INTRODUÇÃO	13
1.1. Objetivos	13
1.2. Público-alvo.....	18
1.3. O tema principal e sua abordagem	19
1.4. Desenvolvimento da dissertação	27
2. A CONTRADIÇÃO PRINCIPAL DAS REDES DO SUS: Organização Necessária vs Organização Atual	29
2.1. As Redes de Atenção à Saúde do SUS como Organizações	29
2.1.1. Instituições e Organizações.....	29
2.1.2. Organizações: o SUS e suas Redes de Atenção à Saúde	32
2.2. Estrutura Societária, Organização Necessária e Organização Atual das Redes de Atenção à Saúde (RASs)	35
2.3. A Estrutura Societária, a Organização Necessária e a Organização Atual das Redes do SUS na CF88 e na Lei 8.080	40
2.3.1. A Estrutura Societária.....	40
2.3.2. A Organização Necessária	43
2.3.3. A Organização Atual.....	46
2.4. A Contradição Principal das Redes de Atenção à Saúde do SUS	51
3. A ORGANIZAÇÃO ATUAL DAS REDES DO SUS: regulamentação, implantação e a luta pela Organização Necessária	56
3.1. Federalismo e Sistemas Nacionais de Saúde Pública	56
3.2. O complexo contexto político e institucional da modelagem e implantação das Redes do SUS	64
3.3. Regulamentação e implantação da Organização Atual das Redes do SUS: principais etapas	70
3.3.1. A Descentralização municipalista	70
3.3.1.1. Marcos normativos e legais.....	70
3.3.1.2. Progressos e obstáculos.....	77
3.3.2. A Regionalização Fase I – a era dos Pactos de Gestão.....	80
3.3.2.1. Marcos normativos e legais.....	80
3.3.2.2. Progressos e obstáculos.....	86
3.3.3. A Regionalização Fase II – o aperfeiçoamento legal.....	90
3.3.3.1. Marcos normativos e legais.....	90
3.3.3.2. Progressos e obstáculos.....	94

3.4. A Permanência da Contradição Principal das Redes do SUS, dos problemas decorrentes e da eterna luta pela Organização Necessária.....96

4. A ORGANIZAÇÃO NECESSÁRIA DAS REDES DO SUS: principais características e componentes 108

4.1. Populações e Regiões de Saúde 109

4.2. Condições de Saúde 114

4.2.1. O conceito e os tipos de Condições de Saúde 114

4.2.2. Condições Crônicas e Agudas: causas 117

4.2.3. Condições de Saúde no Brasil..... 119

4.2.4. Condições de saúde e necessidade de mudanças nos Sistemas de Saúde
120

4.3. Modelos de Atenção à Saúde 121

4.3.1. Origens dos Modelos de Atenção à Saúde..... 121

4.3.2. Modelos de Atenção à Saúde – o conceito..... 122

4.3.3. Os Modelos de Atenção às Condições Agudas..... 125

4.3.4. Os Modelos de Atenção às Condições Crônicas (MACC)..... 128

4.4. A Gestão da Clínica 139

4.4.1. A importância da Gestão da Clínica 139

4.4.2. Gestão da Clínica: o Conceito 140

4.4.3. As Tecnologias da Gestão da Clínica 140

4.4.3.1. As Diretrizes Clínicas: Linhas-Guias e Protocolos Clínicos 140

4.4.3.2. A Gestão da Condição de Saúde..... 144

4.4.3.3. A Gestão de Caso..... 148

4.4.3.4. A Auditoria Clínica..... 149

4.4.3.5. As Listas de Espera 149

4.5. A Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde 152

4.5.1. A necessidade de mudanças profundas na Atenção à Saúde e na Organização dos Sistemas de Saúde..... 153

4.5.1.1. Condições de Saúde: a necessidade de atenção específica às Condições Crônicas e Agudas e sua integração..... 153

4.5.1.2. A necessidade de Modelos de Atenção à Saúde específicos e integrados 154

4.5.1.3. As Funções da Atenção Primária à Saúde nos Modelos de Atenção às Condições Crônicas e Agudas 156

4.5.1.4. A Gestão da Clínica: complexidade, inovação e benefícios..... 158

4.5.1.5. A crise dos Sistemas de Saúde e o Novo Paradigma de Organização Necessário 161

4.5.2. Os Modelos de Atenção à Saúde e a Estrutura de Serviços de Saúde

necessária	167
4.5.2.1. Os Modelos de Atenção como "Sistemas Lógicos" da Estrutura de Serviços de Saúde necessária das Redes de Atenção à Saúde (RASs)	167
4.5.2.2. As Linhas-Guia e os Protocolos Clínicos na construção das Redes Temáticas da Estrutura de Serviços de Saúde das RASs	168
4.5.3. A Estrutura de Serviços de Saúde Necessária: integral e integrada	171
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	182
5.1. A Contradição Principal das Redes de Atenção à Saúde do SUS	182
5.2. Consequências da Contradição Principal das Redes do SUS	183
5.3. Duas perguntas-chave	190
5.4. A Situação Atual e as Alternativas em Debate	191
5.5. Uma Nova Reforma Sanitária	193
6. ANEXO	194
Reflexões a partir das alternativas em debate para as Redes do SUS	194
7. BIBLIOGRAFIA CITADA	201
8. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	209

EPÍGRAFES¹

“[...] Este novo desenho para a administração direta [*dos hospitais do SUS*] deveria **resolver alguns dos entraves** já identificados **decorrentes da atual legislação, que simplesmente estendeu para o SUS o modelo de gestão do Estado brasileiro, sem considerar as especificidades do campo da saúde e do SUS em particular** [...] (Campos 2007:306).”

“[...] **a única forma de construirmos redes** é considerarmos o território da região como efetivamente comum e a responsabilidade pela saúde dessa população como coletiva. Ou seja, para o planejamento e a implementação de redes regionais **é fundamental que inicialmente apaguemos as fronteiras intermunicipais e que elaboremos o plano de forma conjunta**, com a participação de todos os gestores dos diversos distritos e municípios da região [além daqueles do(s) estado(s) envolvidos e da União Federal][...] (Kuschnir *et alli* 2010:79).”

“[...] **O traço forte de um sistema centralizado de atenção à saúde, rompido pela reforma sanitária brasileira, deu origem a um movimento de municipalização autárquica**[...] É hora de voltar ao ponto de equilíbrio, o que significará maximizar as inegáveis fortalezas da descentralização por devolução municipalizada e, ao mesmo tempo, tratar de minimizar suas debilidades[...]. **Isso significará, na prática social, superar o paradigma da municipalização autárquica e consolidar, em seu lugar, o paradigma da regionalização cooperativa** [...] **Tudo isso, num quadro mais geral de um novo pacto federativo da saúde** (Mendes 2011:168).”

“[...] Por outro lado, a **"blindagem" do SUS mediante nova "institucionalidade"** assegurando a profissionalização da gestão e carreiras específicas (gestor, saúde da família, administração hospitalar, etc.) **requer um novo ente jurídico da organização do Estado exclusivamente voltado para o SUS**, com lógicas flexíveis, descentralizadas e ágeis de gestão [...] **A falta de profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços comprometem a reputação do SUS perante os cidadãos** [...] (Paim & Teixeira 2007:1820 a 1821).”

“[...] **Hoje, a concretização da saúde como direito de cidadania exige o enfrentamento das distorções estruturais do sistema de saúde brasileiro** e a busca de sua inserção em uma lógica abrangente de desenvolvimento e de proteção social. **É nessa perspectiva que se recoloca o debate sobre o papel do Estado na saúde na federação brasileira.** [...] (Viana & Machado 2009:816).”

“[...] A partir das experiências internacionais e nacional, pode-se afirmar que **o problema principal do SUS reside na incoerência entre a situação de condição de saúde brasileira de tripla carga de doença**, com o forte predomínio relativo das condições crônicas, **e o sistema de atenção à saúde praticado, fragmentado e voltado para as condições e para os eventos agudos.** Esse descompasso configura a crise fundamental do sistema público de saúde no país que **só será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde** [...] (Mendes 2011:58).”

¹ grifos e acréscimos do autor da dissertação.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Objetivos

Esta dissertação não pretende esgotar o tema aqui abordado. Muito menos pretende ser original, uma vez que se vale de muitas e importantes análises de um debate já longo sobre os destinos do SUS e de suas redes de atenção à saúde².

Neste sentido é válido, inicialmente, assinalar que o presente texto, ao contrário de importantes trabalhos, não se propõe a explicar as imensas dificuldades de constituição e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e de suas Redes de Atenção à Saúde (RASs) a partir da investigação das **causas mediatas** dessas dificuldades, quais sejam, as origens da política pública de saúde, do SUS e de suas redes de atenção à saúde, dos grupos sociais envolvidos, das características da sociedade brasileira, e das interações entre estes aspectos.

Aqui se busca, sem negar os sucessos do SUS, delinear numa abordagem exploratória e conceitual o que parece ser a principal causa imediata, a principal “distorção estrutural”³, a principal contradição estrutural que se encontra na origem dos contínuos e graves problemas de carências, fragmentação, desintegração, instabilidade organizacional e fragilidades do mais importante instrumento da política pública de saúde e deste sistema: as Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Neste sentido, é parte dos objetivos deste trabalho oferecer, ainda que de modo limitado, um vivo contraste entre os dois pólos da contradição aqui delineada: a Organização Atual e a Organização Necessária das redes do SUS.

Entretanto, é necessário registrar que se tem claro que a origem e o enfrentamento da contradição aqui apontada são de caráter eminentemente político e social, e as chaves para a compreensão de suas causas mediatas e profundas, e de condições importantes para seu enfrentamento, são abordadas em trabalhos como, entre outros, Gerschman (1995), Menicucci (2005) e, principalmente, Vianna (1998 e 2011).

O presente trabalho se alinha com os que defendem a funcionalidade originalmente proposta para as Redes de Atenção à Saúde do SUS — oferecer uma atenção à saúde

² A citação dos autores referidos neste texto não pressupõe sua concordância com a análise e as proposições aqui apresentadas.

³ “Hoje, a concretização da saúde como direito de cidadania exige o enfrentamento das distorções estruturais do sistema de saúde brasileiro[...] (Viana & Machado 2009, p. 816)”.

efetivamente universal, equânime, integral, integrada, tempestiva e de qualidade, em todo o território nacional —, seu caráter público e a importância do papel do Estado em sua construção e operação, tal como preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária e definidos na Constituição Federal de 1988 (CF88) (Brasil 1988) e na Lei 8.080 de 1990 (Brasil 1990a).

Mais especificamente, é importante registrar que este trabalho se alinha com os que defendem a importância do papel do Estado Nacional na construção de sistemas públicos de saúde de âmbito nacional que se baseiam nos princípios de universalidade e equanimidade⁴, como o SUS e suas redes de atenção à saúde.

Essa importância do Estado Nacional é ainda maior em estados federativos, e mais ainda no caso do Brasil, **único no mundo** (Arretche 1999:114; Abrúcio 2003; Mendes 2011:166), onde as redes de atenção à saúde do SUS são governadas, projetadas, construídas, providas de recursos, gerenciadas e operacionalizadas pelos milhares de entes de um federalismo sanitário estruturado sobre 5.565 municípios, 26 estados, 1 Distrito Federal e a União Federal, todos com autonomia político-administrativa no interior das redes do SUS.

Assim, o trabalho busca também contribuir com o debate sobre as funções do Estado, em particular do Estado Federal, na política pública de saúde, por meio de um questionamento sobre seu papel na construção das redes de saúde do SUS (Viana & Machado 2009:816).

A grave situação atual do SUS e de suas Redes de Atenção à Saúde (RAS), que confirma preocupações já antigas com seu destino, exige que sejam propostas alternativas para o futuro deste Sistema e de suas redes que permitam recuperar sua essência como política pública, mesmo que a implementação dessas alternativas equivalha a enfrentarmos uma Nova Reforma Sanitária.

Neste sentido, há vários anos muitos autores alertam sobre a fragilidade do SUS, sobre as dúvidas quanto ao seu destino e a necessidade de que sejam enfrentados e superados os principais obstáculos para seu pleno desenvolvimento:

“[...] o dever do SUS nem sempre aponta para seu fortalecimento; há evidências da existência de impasses na sua implantação [...] Mais grave do que tudo isso, contudo, é a

⁴ Sobre essa importância do Estado Nacional ver, entre outros, France (2002a e 2002b) e Banting & Corbett (2003).

impressão de que há um desencantamento com o SUS [...] a baixa capacidade de gestão, a politicagem, tudo depõe contra o SUS, independente do potencial sanitário contido em suas promessas [...]

[...] As forças interessadas no avanço do SUS estão, pois, obrigadas a enfrentar estes obstáculos políticos, de gestão e de reorganização do modelo de atenção [...] Outro ponto essencial na reforma da reforma é a revisão do modelo de gestão ainda empregado no SUS [...] é importante complementar-se a Lei Orgânica da Saúde, criando novas modalidades de organização para os serviços próprios do Estado e nova forma de relação entre entes federados e prestadores privados ou filantrópicos. Acumulam-se evidências sobre a inadequação do modelo atualmente vigente na administração direta para a gestão de hospitais e serviços especializados [...]” (CAMPOS 2007:302 a 306).

“[...] Desse modo, cabe examinar impasses e perspectivas para um sistema de saúde que se pretende universal, integral, descentralizado e democrático, cujo processo de institucionalização não está descolado da natureza do Estado nem das características da sociedade brasileira. Nesse sentido, o objetivo desse trabalho é identificar e analisar a problemática da "institucionalidade" do SUS, destacando alguns problemas que nos parecem "nós críticos" a serem desatados, tendo em vista a retomada e intensificação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira [...]

[...]O termo “institucionalidade” refere-se, em primeiro lugar, à configuração institucional, isto é, ao desenho do SUS enquanto uma macro-organização, composta por um conjunto de instituições, situadas em várias esferas de governo federal, estadual e municipal - que desempenham funções diversas, como financiamento, gestão, prestação de serviços, formação de recursos humanos e produção de insumos [...]

[...] Enfrentar o desafio de construir uma “nova institucionalidade” para o SUS significa, portanto, debruçar-se sobre os problemas e desafios que emanam da atual configuração macro-organizacional do sistema e do processo de gestão nos vários níveis do sistema, de modo a subsidiar a identificação de propostas alternativas que contribuam para o fortalecimento e a consolidação de práticas coerentes com os princípios e valores da Reforma Sanitária [...]” (PAIM e TEIXEIRA 2007:1820 a 1821).

“[...] Hoje, a concretização da saúde como direito de cidadania exige o enfrentamento das distorções estruturais do sistema de saúde brasileiro e a busca de sua inserção em uma lógica abrangente de desenvolvimento e de proteção social. É nessa perspectiva que se recoloca o debate sobre o papel do Estado na saúde na federação brasileira [...] (VIANA e MACHADO 2009:816).

É necessário assinalar que não se procura aqui uma “bala de prata”, que magicamente equacione as complexas questões propostas no debate nacional sobre os destinos do SUS e de suas redes de atenção à saúde, mesmo porque essa mágica não está disponível.

Por isto, é natural que seja objeto de um amplo debate o equacionamento dos graves e eternos problemas do SUS e de suas redes.

Entretanto, é também importante registrar que, ao longo dos 25 anos de existência do SUS, aqueles que lutam por seus princípios e objetivos originais têm, **como é natural**, se dividido na abordagem de uma multiplicidade de questões e propostas, certamente importantes, que enfocam um grande espectro de problemas deste Sistema e de suas redes de atenção à saúde, que vão de macroproblemas, como as carências de seu financia-

mento, até problemas de gestão em suas unidades operacionais.

Por isto, sempre lembrando que não se procura aqui uma “bala de prata”, é válido sugerir que talvez esteja na hora de procurarmos nos unir em torno da identificação e do enfrentamento das questões fundamentais, certamente muito poucas⁵, que dão origem à multiplicidade de problemas, incluindo seu financiamento, enfrentados pelo SUS e suas redes de atenção à saúde. Isto, claro, sem abandonarmos a luta diária no interior do sistema e de suas redes.

Para isto, talvez seja importante avaliarmos o SUS e suas redes em perspectiva ampla, com um olhar “de fora”, a partir de um ponto de vista externo a este Sistema, o que não exclui que, nesta análise, façamos quando necessário o exame interno de suas partes constituintes.

Nesta perspectiva, é como se estivéssemos avaliando um antigo e imenso edifício, que apresenta várias rachaduras e do qual se suspeita que possa ruir.

Neste caso, uma das iniciativas mais importantes seria avaliar as fundações do prédio.

Este trabalho tenta fazer exatamente isto com as Redes de Atenção à Saúde do SUS, a partir do recurso a algumas importantes análises já publicadas sobre este sistema, suas redes de atenção à saúde e seus problemas, bem como da experiência e pesquisas do próprio autor deste texto.

Entretanto, embora se condene aqui a essência das atuais “fundações estruturais” das redes do SUS, sabe-se que este não é um edifício, mas uma instituição da sociedade.

Por isto, **talvez ainda haja tempo** para propormos algumas mudanças na essência dessas fundações do SUS e de suas redes, de modo que possamos salvar sua proposta original: oferecer uma atenção à saúde efetivamente universal, equânime, integral, integrada, tempestiva e de qualidade, em todo o território nacional.

A expressão ‘talvez ainda haja tempo’ não é um mero recurso retórico. A situação do SUS frente à derrocada de suas propostas originais é tão grave que já despontou no cenário dos debates, sob várias formas, a pergunta: ‘O SUS vai acabar?’ (BAHIA *et alli*

⁵ Referimo-nos às questões relativas à estrutura do SUS e de suas redes de saúde, em particular à contradição aqui delineada.

2013; IDEC e USP 2013). Claro que essa pergunta se refere à formulação original do SUS como Sistema Único, universal e equânime. Esta mesma questão já havia sido sugerida em Campos (2007), cujo título é exemplar: “Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?”.

A proposta de saúde pública para todos, não focalizada, decorreu, antes de tudo, dos pressupostos de “direitos substantivos e universais”, “igualdade substantiva” e da “noção ampliada e substantivada de cidadania, o que se dá por via de políticas sociais universais” (Vianna 2011), direitos e concepções típicos do projeto de Estado do Bem-Estar Social, que estava no horizonte dos integrantes do Movimento da Reforma Sanitária e dos defensores do conceito de seguridade social, tal como originalmente inscrito na CF88, conceito este posteriormente fragmentado em sua regulamentação. A origem deste projeto de Estado do Bem-Estar Social, bem como as razões de sua implementação no Brasil num processo de “americanização perversa” são dissecadas em Vianna (1998)⁶.

Ao contrário do que é insinuado por certas correntes do pensamento neoliberal, o Estado do Bem-Estar Social não é uma instituição anticapitalista, mas uma criação do próprio capitalismo em vários países da Europa após a Segunda Guerra Mundial, como resultado das lutas sociais de suas populações e, por contraste, da evolução do socialismo real, então a pleno vapor na antiga União Soviética e internacionalmente fortalecido pelas vitórias daquele país na guerra que acabara de terminar. E, apesar do avanço mundial do neoliberalismo a partir do final dos anos 1970, e da queda da União Soviética e do socialismo real em torno de 1990, o Estado do Bem-Estar Social e seus Sistemas Nacionais de Saúde Pública sobreviveram naqueles países, mesmo que em meio a percalços típicos das crises recentes do capitalismo.

Finalmente, em defesa da abordagem e da proposição aqui oferecidas, é importante lembrar que o melhor regulador do setor privado de saúde pode ser, ou não, o setor público de saúde. Isto significa que um SUS sem qualidade, eficiência e eficácia, um SUS “para os pobres”, do qual fogem as classes média e média-alta, faz com que o setor privado de saúde ganhe, política e economicamente, um imenso espaço para seu desenvolvimento. Ao contrário, um SUS efetivamente universal, com qualidade, eficiência e eficácia, um SUS “para todos”, pelo qual se sintam atraídas as classes média e média-alta, fará com que, por seu efeito-demonstração e pela migração daquelas classes para o SUS, este se

⁶ Ver também Vianna (2011).

torne naturalmente um forte competidor do setor privado no mercado de saúde.

Nesta perspectiva, os diferentes aspectos abordados no presente texto parecem evidenciar que, em defesa desses ideais, é necessário que se avalie em profundidade a contradição e as alternativas aqui delineadas.

1.2. Público-alvo

Como todo trabalho semelhante, também este se destina em primeiro lugar à academia.

Entretanto, tendo em vista seu tema principal, e frente às graves dificuldades desde sempre enfrentadas pelo SUS e suas Redes de Atenção à Saúde (RASs), o presente trabalho se destina principalmente aos públicos extra-acadêmicos, ou seja, a todos aqueles que estejam refletindo, ou se interessem em refletir, de diferentes modos, sobre porque o projeto original do SUS nunca chegou a se constituir: gestores políticos e técnicos do SUS; servidores e funcionários de suas diferentes Unidades de Saúde; usuários dos serviços públicos de saúde; membros do Ministério Público; alunos dos cursos sobre Saúde Pública; ou apenas cidadãos interessados nos destinos do SUS e de suas RASs. Ou seja, todos os que, de algum modo, lutam contra o “SUS que temos” (Capítulo 3) pelo “SUS que queremos” (Capítulo 4).

A justificar a escolha deste público-alvo preferencial, vale registrar que além da opção individual por planos de saúde privados dos gestores políticos e técnicos do SUS, bem como de seus servidores e funcionários, outro importante sinal, muito mais sutil, da fragilidade deste sistema, se apresenta para os que observam com atenção esses atores sobre suas percepções do Sistema Único de Saúde onde militam.

Referimo-nos ao fato de que, salvo engano, para grande parte, se não a maioria desses militantes do dia-a-dia do SUS, aparentemente não está claro, ou não se inclui em suas prioridades, que as diferentes organizações e Unidades de Saúde deste Sistema Único devem constituir uma rede nacional integral e integrada.

No que respeita aos seus gestores (políticos e técnicos), porque, no mais das vezes, se preocupam principalmente em viabilizar, os primeiros, condições mínimas para sua sobrevivência político-eleitoral, e os segundos, condições mínimas de desempenho para as organizações que dirigem.

Quanto aos servidores e funcionários das organizações e Unidades de Saúde do

SUS, muito contribui para sua parca, ou nenhuma, percepção deste tema, a possibilidade, ou melhor, a quase “obrigatoriedade”⁷ do duplo vínculo trabalhista, que resulta na falta da noção de pertencimento desses cidadãos às próprias organizações onde trabalham e, por consequência, também a algo muito mais abstrato que é uma rede a ser constituída por organizações que pertencem à União Federal, estados, municípios e ao setor privado. Na verdade, muitos profissionais, combinando a atuação nos setores público e privado, exercem o triplo vínculo trabalhista, conjugando, por exemplo, a atuação simultânea em um hospital do SUS, um privado e em seu próprio consultório.

Potencializando este contexto negativo quanto à percepção da necessidade de um efetivo Sistema Único de Saúde com uma rede de atenção nacional, integral e integrada, soma-se ao múltiplo vínculo trabalhista a crescente privatização, terceirização e rotatividade na alocação de força de trabalho às diferentes organizações do SUS.

Assim, tudo isto mais ainda justifica que seja extra-acadêmico o público-alvo preferencial desta dissertação.

1.3. O tema principal e sua abordagem

Esta dissertação se inscreve no campo de análise do planejamento e implementação da Política Pública de Saúde.

Sua elaboração orientou-se por algumas concepções que nortearam a escolha dos autores adotados e a exegese de seus textos, bem como a organização do trabalho e de seus capítulos.

Embora essas concepções tenham origem na experiência profissional do autor da dissertação, bem como em seu percurso acadêmico, elas foram amplamente confirmadas pelas análises e pesquisas que embasaram a elaboração do trabalho, e estão referenciadas ao longo de seu texto.

Assim, cabe registrar, inicialmente, que se partiu da noção de que as Redes de Atenção à Saúde do SUS devem ser planejadas e construídas como uma organização, e, mais ainda, uma organização íntegra em todo o território nacional.

Adicionalmente, entende-se que as atividades de planejamento, projeto, construção

⁷ Essa “obrigatoriedade” resulta da histórica redução da carga horária conjugada ao aviltamento das remunerações correspondentes.

e operação de organizações, inclusive as redes do SUS, pressupõe a precedência de seu projeto conceitual (ou lógico) sobre seu projeto físico e construção.

Trata-se, mais especificamente, da precedência da identificação da clientela dessas organizações, das características essenciais desta clientela e de suas necessidades, e das características essenciais dos produtos, serviços e recursos que devem ser oferecidos para satisfazê-las (projeto conceitual); sobre a definição das características físicas e quantitativas dessa clientela e suas necessidades, desses produtos e serviços, bem como dos recursos humanos, tecnológicos, metodológicos e organizacionais necessários para produzi-los e torná-los disponíveis (projeto físico), de modo que se possa planejar e construir adequadamente essas organizações.

Com essas perspectivas, no que diz respeito às Redes de Atenção à Saúde do SUS foi inevitável a percepção de que a modelagem, normatização, construção, provisão de recursos, gestão, operação e manutenção de diferentes partes dessas redes pela União Federal, 26 estados, um Distrito Federal e cerca de 5.565 municípios (sua “Organização Atual”, adotada a partir da CF88 na Lei 8.080 de 1990 e normatização posterior), é totalmente incompatível com os requisitos de regionalização, integralidade e integração em todo o território nacional dessas redes (a “Organização Necessária” das redes do SUS, definida na CF88 e também na Lei 8.080 de 1990 e normatização posterior).

Vale lembrar que esta antinomia vem sendo apontada, há vários anos e de diferentes formas, por diversos autores, como evidenciado ao longo deste trabalho e destacado nas Epígrafes.

Por essas razões, o tema principal desta dissertação é a contradição entre o que aqui se denomina como a “Organização Atual” e a “Organização Necessária” das Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Mais especificamente, o tema deste trabalho é o que se entende como a principal contradição das redes do SUS, qual seja, o permanente conflito entre a Organização Necessária dessas redes e a estrutura federativa e municipalista dos diversos componentes de sua Organização Atual, resultando nos graves problemas de carências, fragmentação, desintegração, instabilidade organizacional e fragilidades das redes do SUS e de sua prestação de serviços de saúde.

É importante que se registre, desde já, que nesta dissertação a expressão “estrutura

federativa e municipalista”, ou semelhante, relativa à organização das redes do SUS, é apenas uma forma sintética de referência à organização amplamente fragmentada e desintegrada dessas redes, estrutura esta decorrente das definições legais e normativas que impõem a modelagem, normatização, construção, provisão de recursos, gestão e operação de diferentes partes das Redes de Atenção à Saúde do SUS pela União Federal, 26 estados, um Distrito Federal e cerca de 5.565 municípios.

Embora esta realidade seja objeto principal da crítica desenvolvida no presente trabalho, é importante ressaltar, como evidenciado ao longo da dissertação, que não se trata de criticar a distribuição física para estados e municípios da estrutura e dos recursos operacionais dessas redes, decisão da maior relevância inscrita na CF88. Muito menos se trata de criticar a autoridade atribuída pela CF88 a estados, municípios e aos cidadãos, para interferir nos destinos do SUS e de suas Redes de Atenção à Saúde (RASs), decorrência necessária do Estado democrático configurado na Constituição.

Trata-se, isto sim, de examinar criticamente o fenômeno histórico e político do fracionamento da organização, construção, provisão de recursos, gestão e operação das redes do SUS em milhares de partes, sob o mando dos milhares de entes federativos, bem como a conseqüente subsunção à política partidária e eleitoral dessas redes e dos serviços de saúde que oferecem.

Nesta perspectiva, a contradição apontada no presente trabalho, entre a Organização Atual e a Organização Necessária das redes do SUS, tem origens e conseqüências profundamente políticas, e por isto seria um erro imaginar que se trata, em qualquer sentido, de uma questão técnica.

Assim, nos termos de Campos (2007:306), podemos dizer que o objetivo principal desta dissertação é confrontar “a atual legislação, que simplesmente estendeu para o SUS o modelo de gestão do Estado brasileiro” (a Organização Atual das redes do SUS, Capítulo 3) com “as especificidades do campo da saúde e do SUS em particular” (a Organização Necessária dessas redes, Capítulo 4).

Embora exista significativa literatura nacional sobre este tema, salvo engano talvez não esteja disponível o contraste que, mesmo precariamente, se busca apresentar aqui entre a Organização Atual (Capítulo 3) e a Organização Necessária das redes do SUS (Capítulo 4).

O objetivo da apresentação deste contraste, entre a Organização Atual e a Organização Necessária das redes do SUS, decorre não apenas do fato de que a presente dissertação se inscreve no campo de análise do planejamento e implementação da Política Pública de Saúde, mas principalmente das características de seu público-alvo preferencial.

Conforme assinalado no capítulo anterior, como todo trabalho semelhante também este se destina em primeiro lugar à academia.

Entretanto, tendo em vista seu tema principal, e frente às graves dificuldades desde sempre enfrentadas pelo SUS e suas Redes de Atenção à Saúde (RASs), o presente trabalho se destina principalmente aos públicos extra-acadêmicos enumerados naquele capítulo.

Existem muitas razões para suspeitar de que a percepção do público-alvo visado, sobre os temas tratados nos Capítulos 3 e 4, é, no mais das vezes, extremamente vaga. Entre essas razões está o próprio fracionamento das redes do SUS em milhares de partes que, via de regra, se apresentam como entidades autônomas.

Isto significa que, neste quadro, é quase impossível que aquele público-alvo, de modo “natural”, perceba em sua inteireza os temas abordados nos Capítulos 3 e 4, e, por consequência, muito menos a contradição entre esses temas e sua importância no desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Com esta perspectiva, os três principais capítulos do trabalho buscam caracterizar de modo substancial os temas seguintes, visando permitir o contraste entre os dois últimos:

- (I) As Redes de Atenção à Saúde do SUS como organizações; a Estrutura Societária, a Organização Necessária e a Organização Atual dessas redes, identificando essas últimas na CF88 e na Lei 8.080 de 1990; a contradição entre a Organização Atual e a Organização Necessária (Capítulo 2).
- (II) o processo de normatização das Redes de Atenção à Saúde do SUS e a implantação de seu modo de organização federativo e municipalista, processo este que se desenrola até hoje e resultou na Organização Atual dessas redes; os problemas decorrentes dessa organização federativa e municipalista e sua permanência (Capítulo 3);

e

(III) o objeto da Política Pública de Saúde e do SUS — a população brasileira —, suas necessidades em saúde e os recursos organizacionais requeridos pelas redes do SUS para o adequado enfrentamento dessas necessidades em todo o território nacional, o que denominamos Organização Necessária dessas redes (Capítulo 4).

Assim, tendo em vista o tema principal deste trabalho, seus objetivos e principalmente seu público-alvo, explica-se a necessidade de uma abordagem extensiva e intensiva dos dois pólos da contradição aqui esboçada, principalmente quanto à Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde (RASs).

Isto porque, em última análise, pretende-se oferecer um substancial delineamento das características técnicas principais, dos requisitos, das bases estruturais e metodológicas, das necessidades de recursos e das justificativas dessa Organização Necessária, de modo a permitir o confronto de sua complexidade e necessidades de integralidade e integração com a Organização Atual dessas redes, estruturalmente fragmentadora e desintegradora.

Dito de outro modo, o vivo contraste pretendido entre os dois pólos da contradição aqui delineada só assim é possível, pois, em particular no que respeita à Organização Necessária das redes do SUS (Capítulo 4), a simples remissão aos textos de referência não permitiria atingir este objetivo, uma vez que tornaria abstrata e praticamente impossível a percepção do modo de organização que se entende necessário, frustrando assim a explicitação do contraste visado.

Cabe, ainda, complementar as razões apresentadas para este tipo de abordagem com um registro quanto ao uso intensivo de Mendes (2011) no Capítulo 4, embora, como evidente, em conjunto com os textos de outros autores.

Aqui vale recorrer, uma vez mais, à inserção do presente trabalho no campo de análise do planejamento e implementação da Política Pública de Saúde, e, principalmente, ao seu público-alvo.

Neste quadro, atingir o objetivo principal do Capítulo 4, qual seja, “o substancial delineamento das características técnicas principais, dos requisitos, das bases estruturais e metodológicas, das necessidades de recursos e das justificativas” da Organização Ne-

cessária das Redes de Atenção à Saúde do SUS, implicava necessariamente em traduzir para a linguagem do planejamento aspectos técnicos de algumas das principais “especificidades do campo da saúde [coletiva] e do SUS em particular” (Campos 2007:306).

Ocorre que esta tradução só é possível a partir de um conhecimento coletivo que domine os dois lados da equação: (i) as especificidades técnicas da saúde coletiva; e (ii) as necessidades de planejamento, recursos e organização das redes de saúde, requeridos para sua adequada modelagem, construção, operação e gestão. Por isto os textos de referência utilizados no Capítulo 4, entre os vários disponíveis⁸.

Na ótica deste requisito, é certo também que o “substancial delineamento das características técnicas principais, dos requisitos, das bases estruturais e metodológicas, das necessidades de recursos e das justificativas da Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde do SUS”, pretendido no Capítulo 4, encontrou em Mendes (2011), salvo engano, uma inédita amplitude, profundidade e didatismo na tradução das especificidades técnicas da saúde coletiva para suas necessidades de planejamento, recursos e organização, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RASs) de sistemas públicos de saúde nacionais que se propõem a garantir uma atenção à saúde universal, equânime, integral, integrada e de qualidade.

Daí o uso intensivo dos textos deste autor.

Esta opção foi devidamente ponderada, tendo em vista o risco, sempre presente, de um viés personalista em sua proposta para a organização das Redes de Atenção à Saúde, por maior que seja sua experiência com saúde coletiva e redes, e amplas as suas fontes de referência.

Entretanto, considerou-se mínimo este risco relativamente aos benefícios, na ótica dos objetivos desta dissertação e do Capítulo 4, tendo em vista: (i) a longa experiência do autor, seja como o principal consultor do Governo do estado de Minas Gerais na implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS, seja como consultor do Ministério da Saúde brasileiro, da OMS e da OPAS sobre o tema RASs; (ii) sua notória influência no processo de modelagem e normatização das redes do SUS pelas instâncias federais, como

⁸ Por óbvio, em função desses aspectos, a opção pelos textos utilizados no Capítulo 4 se deveu não apenas à reconhecida consistência de seus autores, mas também ao fato de que suas abordagens da temática das Redes de Atenção à Saúde (RASs) eram convergentes com a própria experiência e conhecimento do autor da dissertação no trato das questões referentes ao planejamento, implementação e gestão de organizações e políticas públicas.

pode ser depreendido da comparação entre os textos legais da fase atual deste processo (Capítulo 3) e o do autor.

Quanto à orientação adotada no presente trabalho, relativamente à importância da precedência do projeto conceitual (ou lógico) das Redes de Atenção à Saúde (RASs) sobre seu projeto físico e construção, é interessante assinalar que Mendes (2011) endossa esta abordagem pelo menos em dois momentos, embora a estrutura de desenvolvimento de seu texto dificulte esta percepção.

O primeiro desses momentos, como veremos no Capítulo 4, se manifesta quando aquele autor registra que os Modelos de Atenção à Saúde, que têm por base as necessidades em saúde de uma população, se constituem no “mecanismo” que permite partir dessas necessidades para uma Estrutura de Serviços de Saúde capaz de supri-las (Estrutura Operacional da RAS em Mendes): “O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RASs) [...]” (p. 209).

O segundo momento se constata quando o autor assinala que a “Gestão da Clínica” e suas tecnologias (métodos) também devem conformar a Estrutura de Serviços de Saúde (Estrutura Operacional da RAS em Mendes). Isto ocorre quando o autor afirma esta percepção sobre uma das principais tecnologias da Gestão da Clínica, as “Linhas-Guia”: “A conformação da estrutura operacional das RASs é feita a partir dos fluxos que estão nas linhas-guia [...]” (p. 113). Aqui Mendes se refere, especificamente, à importância das Linhas-Guias como base para a definição das “Redes Temáticas”, um dos principais componentes da Estrutura de Serviços de Saúde necessária da RAS (Estrutura Operacional da RAS em Mendes).

Como assinalado, contrariando as próprias assertivas do autor, aquela obra, em seu desenvolvimento, opta por priorizar a apresentação do que denomina “Estrutura Operacional da Rede de Atenção à Saúde” (p. 86) frente aos “Modelos de Atenção à Saúde” (p.209) e à própria “Gestão da Clínica” (p. 348).

Entretanto, as mencionadas concepções que orientaram esta dissertação balizaram a atenta exegese dos textos referidos no Capítulo 4, bem como sua organização.

Assim, foi com essas perspectivas que se conduziu aquele capítulo pela detalhada exposição dos conceitos lá examinados, de modo que “Populações e Regiões de Saúde”, “Condições de Saúde”, “Modelos de Atenção à Saúde”, e a “A Gestão da Clínica”, prece-

dessem a definição das características de “A Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde (RASs)”, uma vez que, na ótica adotada, esta última deve ser determinada pelos antecedentes.

Finalmente, cabe esclarecer a alocação, nos capítulos 2,3,4 e no Anexo, dos assuntos abordados neste trabalho.

Os aspectos examinados no Capítulo 2, em particular o tema principal desta dissertação, a contradição entre a Organização Atual e a Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde do SUS, começaram a se apresentar como relevantes nas primeiras reflexões sobre as origens das redes do SUS e seu desenvolvimento.

Sua real importância, no entanto, foi efetivamente confirmada pelas análises e pesquisas que embasaram a elaboração deste trabalho e, particularmente, dos Capítulos 3 e 4.

Em outras palavras, a compreensão dos assuntos tratados no Capítulo 2 e de sua importância, decorreram da análise e do confronto dos temas tratados nos Capítulos 3 e 4.

Entretanto, a apresentação prévia daqueles assuntos, no Capítulo 2, pretende oferecer um resumo das questões mais relevantes, identificadas a partir daquela análise e confronto, que levaram ao tema principal deste trabalho e ao tratamento dado a este tema nas seções seguintes.

Em outras palavras, o Capítulo 2 propõe um determinado ponto de vista para a leitura dos capítulos seguintes e das reflexões esboçadas no Anexo⁹.

Quanto aos temas tratados nos Capítulos 3 e 4, sua ordem poderia, em princípio, ser indiferente para os fins deste trabalho.

Entretanto, o tema da Organização Necessária das redes do SUS é notoriamente muito mais abstrato que o da Organização Atual dessas redes, que trata de sua realidade.

Assim, a apresentação prévia da Organização Atual das redes do SUS, no Capítulo 3, fornece um quadro de sua imensa complexidade, supostamente permitindo que a leitura da abordagem da Organização Necessária dessas redes, no Capítulo 4, se torne menos abstrata, no sentido de viabilizar seu confronto imediato com a realidade histórica daquelas redes.

⁹ Afinal, trata-se de apresentar não o processo que levou ao “conhecimento do objeto”, mas, sim, o “objeto do conhecimento” (Braga 2013).

Finalmente, vale dizer que a apresentação em um Anexo das reflexões ali desenvolvidas, pretendeu contornar os limites de uma dissertação de mestrado sem abrir mão de contribuir com o debate atual sobre os destinos das Redes de Atenção à Saúde do SUS, uma vez que aquelas reflexões resultam das pesquisas e análises desenvolvidas ao longo da elaboração deste trabalho.

1.4. Desenvolvimento da dissertação

Em função do exposto, este trabalho se estrutura nos seguintes capítulos, além desta Introdução:

- Capítulo 2 – A CONTRADIÇÃO PRINCIPAL DAS REDES DO SUS: Organização Necessária vs Organização Atual.

O capítulo se desdobra em quatro assuntos principais: (I) As Redes de Atenção à Saúde do SUS como Organizações; (II) Estrutura Societária, Organização Necessária e Organização Atual das Redes de Atenção à Saúde (RASs); (III) A Estrutura Societária, a Organização Necessária e a Organização Atual das Redes do SUS na CF88 e na Lei 8.080; e (IV) A Contradição Principal das Redes de Atenção à Saúde do SUS, tema principal deste trabalho.

- Capítulo 3 – A ORGANIZAÇÃO ATUAL DAS REDES DO SUS: regulamentação, implantação e a luta pela Organização Necessária.

Este capítulo busca configurar o desenvolvimento do que neste trabalho se denomina Organização Atual das redes do SUS.

Para isto o capítulo, inicialmente, aborda dois assuntos que se mostraram importantes para a compreensão do fenômeno investigado: (I) Federalismo e Sistemas Nacionais de Saúde Pública; e (II) O complexo contexto político e institucional da modelagem e implantação das Redes do SUS.

Em seguida são apresentadas as três principais fases da regulamentação e implantação da Organização Atual das redes do SUS.

Ao final, são alinhados aspectos que evidenciam “A Permanência da Contradição Principal das Redes do SUS, dos problemas decorrentes e da eterna luta pela Organização Necessária”.

- Capítulo 4 – A ORGANIZAÇÃO NECESSÁRIA DAS REDES DO SUS: principais características e componentes.

Pelas razões já expostas, este capítulo apresenta em detalhes o que se denomina

Organização Necessária das redes do SUS.

Assim o capítulo se desdobra nos seguintes itens principais: (I) Populações e Regiões de Saúde; (II) Condições de Saúde; (III) Modelos de Atenção à Saúde; (IV) A Gestão da Clínica; (V) A Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde; e (VI) A Estrutura de Serviços de Saúde Necessária: integral e integrada.

- Capítulo 5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo procura resumir as consequências mais relevantes da contradição que é o tema principal do trabalho, indicando, a partir da análise aqui desenvolvida e da contribuição de vários autores, o que parece ser a alternativa que se impõe aos que lutam pela definitiva superação dos graves problemas de carências, fragmentação, desintegração e instabilidade organizacional das redes do SUS.

Tendo em vista os limites de uma dissertação de mestrado, o capítulo remete a abordagem exploratória desta alternativa para o Anexo.

- ANEXO - Reflexões a partir das alternativas em debate para as Redes do SUS.

Esta seção oferece, como contribuição ao debate das proposições hoje colocadas por diversos segmentos interessados no SUS, um esboço exploratório e prospectivo do que poderiam ser as principais características da alternativa mencionada. Os aspectos lá delineados resultaram das pesquisas e análises que embasaram a dissertação.

Finalmente, os Capítulos 7 e 8 apresentam, respectivamente, a Bibliografia Citada e a Bibliografia Consultada.

2. A CONTRADIÇÃO PRINCIPAL DAS REDES DO SUS: Organização Necessária vs Organização Atual

2.1. As Redes de Atenção à Saúde do SUS como Organizações

2.1.1. Instituições e Organizações

Nesta dissertação as Redes de Atenção à Saúde do SUS são tratadas não apenas como uma organização, mas como a mais importante das organizações do SUS, tendo em vista os objetivos deste de prover uma atenção à saúde universal, equânime, integral, integrada, tempestiva e de qualidade, em todo o território nacional.

Na verdade, as Redes de Atenção à Saúde do SUS como um tipo específico de organização, tal como definidas neste trabalho, se constituem numa condição *sine qua non* para a implementação de uma atenção à saúde com aquelas características.

Entretanto, ao longo da história do SUS a abordagem deste como Instituição tem sido dominante. E isto tem contribuído decisivamente para mascarar o fato de que o SUS, como qualquer Instituição, **é necessariamente implementado por meio de Organizações**, Organizações essas que tem características e dinâmicas próprias, e de cujo sucesso depende o sucesso da Instituição que elas implementam.

Por essas razões, sem negar a complexidade das relações entre Instituições e Organizações, entendeu-se que seria importante registrar, ainda que brevemente, as principais características destes dois conceitos e de suas relações, de modo a justificar minimamente a opção deste trabalho pela abordagem das Redes de Atenção à Saúde do SUS como um tipo específico de Organização, fundamental para o sucesso deste Sistema como Instituição.

Entre as diversas razões que podem explicar o uso indistinto das noções de Instituição e Organização encontram-se as semelhanças e superposições semânticas entre esses dois conceitos, tal como se pode perceber a partir das várias acepções atribuídas a esses termos pelo Dicionário Houaiss (Houaiss 2001).

Assim é que, entre as várias acepções de “instituição”, incluindo seu plural, ali estão as seguintes:

“4 estrutura material e humana que serve à realização de ações de interesse social ou coletivo; organização, estabelecimento

[...]

10 formas ou estruturas sociais constituídas pelas leis fundamentais que regem um país ou por seus costumes nacionais, esp. as que derivam do direito público; regime

11 as leis fundamentais de um país, que estabelecem seu ordenamento político”

Para “organização” o mesmo dicionário registra:

“2 Derivação: por analogia.

entidade que serve à realização de ações de interesse social, político, administrativo etc.; instituição, órgão, organismo, sociedade

2.1 grupo de pessoas que se unem para um objetivo, interesse ou trabalho comum; associação

3 Derivação: por analogia.

conjunto de normas e funções que têm por objetivo propiciar a administração de uma empresa, negócio etc.”

Entretanto, neste trabalho estamos interessados não apenas na distinção entre o significado desses dois conceitos, mas principalmente na importância da compreensão de que é por meio de uma ou mais Organizações que determinada Instituição é implementada, ou seja, é por meio de uma ou mais Organizações que determinada Instituição se concretiza, e que embora as Instituições e suas Organizações mantenham íntimas conexões, seus desenvolvimentos são amplamente autônomos, embora **os destinos de uma Organização sejam decisivos para o sucesso da Instituição que ela implementa.**

Nesta perspectiva, North (1990:3-10) detalhadamente:

(a) define Instituições e Organizações estabelecendo claramente as diferenças entre estes dois conceitos:

“Institutions are the rules of the game in a society or, more formally, are the humanly devised constraints that shape human interaction... ..Institutions include any form of constraint that human beings devise to shape human interaction. Are institutions formal or informal? They can be either, and I am interested both in formal constraint – such as rules... – and in informal constraints – such as conventions and codes of behavior...”

[...]A crucial distinction in this study is made between institutions and organizations. Like institutions, organizations provide a structure to human interaction. Indeed, when we examine the costs that arise as a consequence of the institutional framework, we see they are a result not only of that framework, but also of the organizations that have developed in consequence of that framework. Conceptually, what must be clearly differentiated are the rules from the players. The purpose of the rules is to define the way the game is played. But the objective of the team within that set of rules is to win the game – by the combination of skills, strategy and coordination; by fair means and sometimes by foul means. Modeling the strategies and the skills of the team as it develops is a separate process from modeling the creation, evolution and consequences of the rules.

Organizations include political bodies (political parties, the Senate, a city council, a regulatory agency), economic bodies (firms, trade unions, family farms, cooperatives), social bodies (churches, clubs, athletic associations), and educational bodies (schools, universities, vocational training centers). They are groups of individuals bound by some common purpose to achieve objectives. Modeling organizations is analyzing governance structures, skills, and how learning by doing will determine the organization’s success over time.”

Note-se que aqui o uso do termo “bodies” é fundamental para a diferenciação entre

Instituições e Organizações.

(b) define claramente a importância e a finalidade dessa diferenciação:

“[...]Separating de analisis of the underlying rules [institutions] from the strategy of the players [organizations] is a necessary prerequisite to building a theory of institutions...”.

(c) e define também claramente a importância das interações entre Instituições e Organizações para as mudanças institucionais:

“Both what organizations come into existence and how they evolve are fundamentally influenced by institutional framework. In turn they influence how the institutional framework evolves... The emphasis in this study is on the institutions that are the underlying rules of the game and the focus on organizations (and its entrepreneurs) is primarily on their role as agents of institutional changes; therefore the emphasis is on the interaction between institutions and organizations. Organization are created with purposive intent in consequence of the opportunity set resulting from the existing set of constraints (institutional ones as well as the traditional ones of the economic theory) and in the course of attempts to accomplish their objectives are a major agent of institutional change.”

Em North (1991:97) o autor novamente define Instituições:

“Institutions are the humanly devised constraints that structure political, economic and social interaction. They consist of both informal constraints (sanctions, taboos, customs, traditions, and codes of conduct), and formal rules (constitutions, laws, property rights)”.

Chang & Evans (2005:1,2) também abordam dois importantes aspectos sobre o mesmo tema.

O primeiro diz respeito às definições de Instituições e Organizações, a necessária distinção entre esses conceitos, que esses autores endossam, bem como sua principal conexão. De acordo com Chang & Evans (2005:1):

“Institutions are systematic patterns of shared expectations, taken-for-granted assumptions, accepted norms and routines of interaction that have robust effects on shaping the motivations and behaviour of sets of interconnected social actors. In modern societies, they are usually embodied in authoritatively coordinated organizations with formal rules and the capacity to impose coercive sanctions, such as the government or the firms...”

...Our aim is to move beyond this “thin” view of institutions toward a “thick” view, one which recognizes both the key role of culture and ideas and the constitutive role of institutions in shaping the ways that groups and individuals define their preferences.”

O segundo aspecto a destacar é a importância da visão ampla e densa que esses autores propõem para Instituições, embora valha a pena registrar que a essência dessa proposição parece já estar em North (1990). Assim, conforme Chang & Evans (2005:2):

“...We argue that an institutional approach must do two things: first, develop a more adequate vision of how institutions shape economic behaviour and outcomes; second, create a more systematic and general understanding of how institutions themselves are

formed and change over time. To construct such a vision we must get beyond the traditional view of “institutions as constraints”, focusing attention instead on institutions as devices which *enable* the achievement of goals requiring supra-individual coordination and, even more important, which are *constitutive* of the interests and worldviews of economic actors. Our goal is to move beyond the “thin” economic models that dominate the current discourse on institutions. Neither a functionalist view in which what is must be “efficient” since otherwise it would not exist, nor an instrumentalist view in which institutions are created and changed to reflect the exogenously defined interests of the powerful are adequate. Instead, we argue for a more “culturalist” (or perhaps Gramscian) perspective in which institutional change depends on a combination of interest-based and cultural/ideological projects (in which worldview may shape interests as well as *vice versa*). Simply put, changing institutions requires changing the worldviews that inevitably underlie institutional frames...”.

2.1.2. Organizações: o SUS e suas Redes de Atenção à Saúde

É com base nessas noções que podemos dizer que a Política Pública de Saúde e o próprio SUS são Instituições, quando considerados em suas definições maiores, inscritas na CF88 e na Lei 8.080 de 1990 (definições formais) e na cultura de parte da sociedade brasileira (definições informais) que lutou e luta pelos princípios e objetivos maiores dessas Instituições: a saúde como direito de todos e dever do Estado; e o objetivo de oferecer uma atenção à saúde universal, equânime, integral, integrada, tempestiva e de qualidade, em todo o território nacional.

Entretanto, em função das idéias expostas anteriormente, é também fundamental que se reconheça que o Sistema Único de Saúde (SUS) é simultaneamente a principal organização responsável por implementar a Instituição que ele representa e garantir a realização dos mencionados princípios e objetivos desta. Na verdade, sua própria denominação como “Sistema” e “Único” já denota que o SUS é, em si, uma organização.

Como organização maior, o SUS se desdobra em outras organizações, como FIOCRUZ¹⁰, FARMANGUINHOS¹¹ e ENSP¹², entre outras, e, principalmente, sua Rede Nacional de Atenção à Saúde. Como integrantes do SUS, essas diversas organizações têm, em princípio, objetivos e funções complementares, cada uma com sua específica definição de: objetivos e clientela; produtos e serviços; métodos, recursos humanos e tecnológicos necessários; e forma de organização e gestão mais adequadas.

Deste conjunto a Rede Nacional de Atenção à Saúde do SUS é notoriamente a principal organização, o principal instrumento, da Política Pública de Saúde e deste Sistema

¹⁰ Fundação Instituto Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

¹¹ Instituto de Tecnologia em Fármacos - FARMANGUINHOS

¹² Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP

para viabilizar os princípios e objetivos da atenção à saúde: ser universal, equânime, integral, integrada, tempestiva e de qualidade, em todo o território nacional.

É a partir desta compreensão sobre a Rede Nacional de Atenção à Saúde do SUS como uma organização específica e principal instrumento da Política Pública de Saúde — e diante dos graves e eternos problemas de carências, fragmentação, desintegração, instabilidade organizacional e fragilidades desta rede e sua prestação de serviços de saúde —, que o presente trabalho entende necessário questionar sua organização atual e a de suas sub-redes quanto à adequação desta organização aos princípios e objetivos daquela política e do próprio SUS.

Na verdade, como já assinalado, este questionamento é feito há vários anos e de diferentes formas, por diversos autores, como evidenciado ao longo deste trabalho e destacado nas Epígrafes.

Quanto à organização requerida da Rede Nacional de Atenção à Saúde do SUS, cabe registrar que atualmente é praticamente consensual a concepção de que, nos Sistemas Nacionais de Saúde públicos, universais e equânimes, como é o caso do SUS, as redes de atenção à saúde devem necessariamente se organizar como uma Rede Nacional de Atenção à Saúde integral, integrada, regionalizada e esquematicamente estruturada em três níveis de intensidade (complexidade) tecnológica — Atenção Básica, Atenção de Média Complexidade e Atenção de Alta Complexidade —, como se pode deduzir do exame integrado das proposições de Dawson, B. (1964), France (2002a e 2002b); Banting & Corbett (2003); OMS (2003); Lega (2007); Opas (2010a); Kuschnir e Chorny (2010); Kuschnir *et alii* (2010); Brasil (2010) e Mendes (2011), entre muitos outros.

Por essa razão, a denominação “Rede Nacional de Atenção à Saúde” do SUS decorre da percepção de que, para garantir a toda a população brasileira uma atenção à saúde universal, equânime, integral, integrada, tempestiva e de qualidade, em todo o território nacional, as redes de atenção à saúde deste “Sistema Único” devem, do mesmo modo, necessariamente compor uma organização íntegra, uma Rede Nacional de Atenção à Saúde integral e integrada em todo o território nacional, com as mesmas características daquelas previstas para as dos demais Sistemas Nacionais de Saúde públicos, universais e equânimes.

Aliás, é por essas razões que tais características desta organização necessária à Rede Nacional de Atenção à Saúde do SUS foram inscritas, ainda que sucintamente, na

CF88 e na Lei 8.080 de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), como registrado mais à frente neste capítulo. Pelas mesmas razões, o processo de modelagem, normatização e implantação dessa rede tem se caracterizado, entre outros aspectos, pelo contínuo esforço de viabilizar esta organização necessária, como se evidencia ainda neste e também no Capítulo 3.

Além disto, como organização integral e integrada que deve ser, a Rede Nacional de Atenção à Saúde do SUS **deve ser organizada de modo coerente com as necessárias características específicas que garantam a realização de seu principal objetivo**: oferecer à população brasileira uma atenção à saúde universal, equânime, integral, integrada, tempestiva e de qualidade, em todo o território nacional. Mais exatamente, a Rede Nacional de Atenção à Saúde do SUS deve ser organizada de modo coerente com seus objetivos e clientela; produtos e serviços; métodos, recursos humanos e tecnológicos necessários; e forma de organização e gestão mais adequadas. No Capítulo 4, com base em alguns dos textos mencionados anteriormente, são delineadas as principais características da “Organização Necessária” das Redes de Atenção à Saúde do SUS.

O uso generalizado da expressão “Redes de Atenção à Saúde (RASs)” do SUS, na produção textual e manifestações verbais sobre este tema, decorre em larga escala da profunda fragmentação e desintegração do que deveria ser a Rede Nacional de Atenção à Saúde deste “Sistema Único”, fragmentação e desintegração estas conseqüentes da estrutura federativa e municipalista adotada para esta Rede Nacional a partir da CF88¹³.

Assim, tendo em vista a força adquirida pela expressão “Redes de Atenção à Saúde (RASs)” do SUS, cabe esclarecer que nesta dissertação seu uso pressupõe sempre que se trata de sub-redes que deveriam estar totalmente integradas entre si em uma Rede Nacional de Atenção à Saúde.

A partir dessa compreensão sobre a Rede Nacional de Atenção à Saúde do SUS como uma organização específica, no próximo item são esboçadas as principais características e relacionamentos de quatro “ambientes” que compõem o quadro sócio-político no qual se movem as redes dos sistemas do tipo do SUS.

¹³ Como também evidenciado ainda no presente capítulo, esta opção na CF88 por uma estrutura federativa e municipalista para a rede do SUS não deve ser vista como um erro, mas, sim, como uma alternativa historicamente condicionada pelo contexto sócio-político da época.

2.2. Estrutura Societária, Organização Necessária e Organização Atual das Redes de Atenção à Saúde (RASs)

O desenho das Redes de Atenção à Saúde (RASs) de sistemas nacionais de saúde públicos, universais e equânimes que resulta da análise integrada dos textos mencionados¹⁴, permite sugerir que existem quatro “ambientes” que compõem o quadro sócio-político no qual se movem essas redes, ambientes estes a partir de cujas dinâmicas e relacionamentos se pode avaliar o projeto, a implantação e a evolução destas¹⁵. São eles:

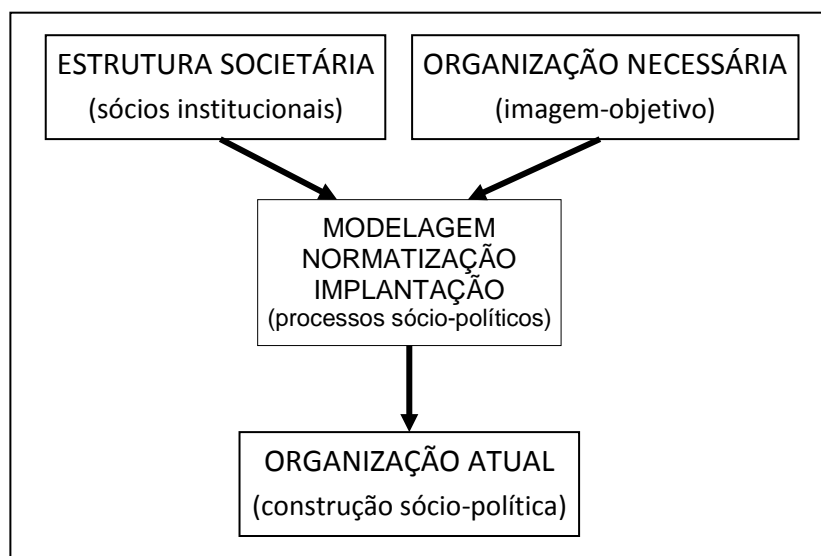
- (I) Estrutura Societária
- (II) Organização Necessária
- (III) Processos de Modelagem, Normatização e Implantação
- (IV) Organização Atual

Uma vez que o Sistema Único de Saúde (SUS) é também um sistema nacional de saúde público, universal e equânime, esta mesma abordagem é também válida para sua Rede Nacional de Atenção à Saúde, ou, para usar a terminologia dominante, suas Redes de Atenção à Saúde (RASs). É com esta perspectiva, e consoante os objetivos e o tema principal do presente trabalho, que a Organização Atual das redes do SUS é examinada no Capítulo 3 e a Organização Necessária no Capítulo 4.

O seguinte esquema gráfico esboça as relações entre os quatro ambientes do contexto dessas Redes de Atenção à Saúde (RASs).

¹⁴ Dawson, B. (1964), France (2002a e 2002b); Banting & Corbett (2003); OMS (2003); Lega (2007); Opas (2010a); Kuschnir e Chorny (2010); Kuschnir *et alii* (2010); Brasil (2010) e Mendes (2011), entre outros.

¹⁵ O termo “ambiente” aqui utilizado tem o objetivo exclusivo de designar, e distinguir minimamente, num alto nível de abstração, os diferentes e principais conjuntos de atores, assuntos, atividades, métodos e recursos, em cuja confluência se movem as redes em tela. Esses ambientes podem ser exclusivamente conceituais, como aquele denominado “Organização Necessária” (uma imagem-objetivo), ou concretos em sua realidade específica, como os outros três. Os atores que atuam em um ambiente podem também atuar em outros.



ESTRUTURA SOCIETÁRIA

A Estrutura Societária é aquela constituída pelos **sócios institucionais** das Redes de Atenção à Saúde (RASs), sócios estes que exercem a Governança Societária (Governança Institucional) sobre os rumos, características principais (incluindo a definição e a garantia de padrões nacionais para a Atenção à Saúde) e garantia de recursos globais (políticos, financeiros e organizacionais) dessas redes, **redes estas que constituem a organização que implementa a sociedade**. No caso de federações esses sócios tendem a ser os entes federativos.

No Brasil, como assinalado mais à frente neste capítulo, a União Federal, juntamente com todos os estados e municípios, são, nos termos da Constituição Federal de 1988 (CF88), sócios solidários igualmente responsáveis em todo o território nacional, e em todos os níveis, pela Rede Nacional de Atenção à Saúde do SUS, por suas sub-redes e pelos serviços de atenção à saúde oferecidos. Neste sentido são igualmente, solidariamente e integralmente responsáveis, em todo o território nacional e em todos os níveis, pelos processos de modelagem, normatização, implantação, integralização e integração dessas redes e serviços. Ou seja, são igualmente, solidariamente e integralmente responsáveis por sua Organização Atual, em todo o território nacional e em todos os níveis.

ORGANIZAÇÃO NECESSÁRIA

A Organização Necessária dessas redes é aquela requerida para que se viabilize

uma atenção à saúde pública, universal, equânime, integral e de qualidade em todo o território nacional. Esta Organização Necessária é **uma imagem-objetivo** a ser perseguida na implantação das Redes de Atenção à Saúde (RASs).

Como imagem-objetivo esta Organização Necessária não é um conjunto estático. Ao contrário, sua especificação, em cada país, evolui com o passar do tempo, devido à própria evolução dos diferentes aspectos técnicos, sociais, econômicos e políticos que definem os contornos e o conteúdo das ciências biomédicas, da saúde coletiva, da Política Pública de Saúde e as demandas da sociedade sobre esta.

Ainda com base naqueles autores mencionados, num alto nível de abstração é possível dizer que esta Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde (RASs) deve englobar os seguintes “componentes” e requisitos globais¹⁶:

- I. Estrutura de Atenção à Saúde = Territórios e necessidades em saúde das populações + Modelos de Atenção à Saúde + Gestão da Clínica + Estrutura de Serviços de Saúde (“Estrutura Operacional” em Mendes 2011:86¹⁷)
- II. Estrutura de Organização = Distribuição para os Territórios-Populações + Regiões de Saúde + Unidades de Saúde (US) + Redes de US + etc
- III. Estrutura de Gestão (operacional, tática e estratégica)
- IV. Requisitos Globais = estrutura nacional integrada distribuída por regiões de saúde + integralidade e integração de unidades operacionais, recursos, métodos e serviços, em todos os níveis de densidade tecnológica + unidade, coesão e estabilidade organizacionais¹⁸.

¹⁶ O termo “componente”, relativo aos itens (I), (II) e (III), é utilizado aqui com o objetivo exclusivo de, num alto nível de abstração, designar, e distinguir minimamente, os diferentes e principais conjuntos de atores, assuntos, atividades, métodos e recursos, que integram a Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde (RASs).

¹⁷ Porque renomear “Estrutura Operacional” (Mendes 2011:86) para “Estrutura de Serviços de Saúde” – O termo “operacional” omite o fato de que esta estrutura é, na verdade, um modelo lógico da real Estrutura Operacional “Física” dos Serviços de Saúde e não das Redes de Atenção à Saúde (RASs), como se depreende da leitura atenta de Mendes (2011). Assim, a melhor denominação seria “Estrutura **Lógica** de Serviços de Saúde”.

¹⁸ **Unidade** organizacional não significa rigidez, mas unidade na diversidade, sempre que necessária, com planejamento, tecnologias e métodos de atuação explícitos e publicamente disponíveis. **Coesão**, nesta diversidade necessária, em torno de objetivos comuns: a prestação de serviços de saúde à população efetivamente universais, integrais, integrando todos os níveis de densidade tecnológica necessários, equânimes, tempestivos e de qualidade, em todo o território nacional. **Estabilidade** organizacional que, longe de significar imobilismo burocrático ou metodo-

Além desses componentes e requisitos, a partir daqueles textos é possível alinhar algumas **características essenciais** desta Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde (RASs):

- I. A “atenção à saúde baseada na população” deve ser sua principal característica, por isto “a oferta de serviços de saúde” deve ser determinada pelo “amplo conhecimento” das “necessidades e preferências em questão de saúde” das populações das Regiões de Saúde servidas por uma RAS.
- II. Os Modelos de Atenção à Saúde, base da Estrutura de Atenção à Saúde necessária, devem ser construídos em função daquelas necessidades e preferências em questão de saúde das populações regionais.
- III. A Estrutura de Serviços de Saúde necessária e seus recursos, base da oferta de serviços de saúde, bem como o projeto físico das Redes de Atenção à Saúde (RASs) e a própria oferta de serviços de saúde, devem ser determinados por aqueles Modelos de Atenção.

Essas Características Essenciais da Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde (RASs) são condição *sine qua non* para a implementação de uma atenção à saúde efetivamente universal, equânime, integral, integrada, tempestiva e de qualidade, em todo o território nacional.

Em conseqüência, essas Características Essenciais são também condição *sine qua non* para um adequado planejamento, projeto, construção e provisão de recursos, humanos e tecnológicos, das RASs.

Assim, essas três Características Essenciais da Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde (RASs) nos permitem dizer que a Estrutura de Atenção à Saúde é o componente que se constitui no cerne desta organização, uma vez que é neste componente que aquelas Características Essenciais são tratadas. Ou seja, a Estrutura de Atenção à Saúde é o componente cujas características devem definir as características dos demais componentes da Organização Necessária das RASs.

Por esta razão, no Capítulo 4, com base em alguns dos textos anteriormente referi-

lógico, junto com a unidade e a coesão é um pressuposto inarredável da possibilidade de planejar, projetar, construir e manter adequadamente a complexa estrutura da **Organização Necessária** das Redes de Atenção à Saúde.

dos, são analisados os diversos elementos integrantes da Estrutura de Atenção à Saúde, visando delinear as principais características da Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde do SUS, bem como sua complexidade e seus requisitos de integralidade e integração.

PROCESSOS DE MODELAGEM, NORMATIZAÇÃO E IMPLANTAÇÃO

Os processos de modelagem, normatização e implantação das Redes de Atenção à Saúde (RASs) são aqueles conduzidos pelos sócios institucionais dessas redes e, ao longo do tempo, sofrem a permanente influência dos diferentes aspectos políticos, sociais, culturais e econômicos que caracterizam a dinâmica de cada sociedade, em cada país. Por isto são aqui designados como processos sócio-políticos.

ORGANIZAÇÃO ATUAL¹⁹

Por sua vez, a Organização Atual das RASs é uma construção que resulta, em cada “momento” do tempo, dos processos sócio-políticos específicos de modelagem, normatização e implantação dessas redes em cada país. Assim, a Organização Atual expressa, em cada “momento” do tempo, as características reais das RASs, e por isto depende das especificidades de cada sociedade e de seu Estado Nacional, como, entre outras: se o Estado é unitário ou federativo; se federativo, quantos níveis da federação possuem autonomia político-administrativa; relações entre as instâncias federativas; características da estrutura partidária e da legislação eleitoral; relações entre a sociedade civil e o Estado; etc.

Por essa razão a Organização Atual das Redes de Atenção à Saúde (RASs) é aqui designada como sócio-política.

O alto nível de abstração utilizado nessas definições se justifica não só em função dos objetivos da análise desenvolvida no presente trabalho, mas também devido ao fato de que, em função das características específicas de cada sociedade e de seu respectivo Estado Nacional, a organização das Redes de Atenção à Saúde (RASs) irá se concretizar no que aqui se denomina como Organização Atual dessas redes, possuindo esta organização características mais, ou menos, convergentes com aquelas da Organização Ne-

¹⁹ A opção pelo termo “Atual”, ao invés de, por exemplo, “Real”, deveu-se ao fato de que “Atual” traduz melhor a noção de sua reversibilidade, como construção sócio-política que é esta organização.

cessária.

Isto significa, como já assinalado, que a Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde (RASs) é uma imagem-objetivo, perseguida em cada sociedade por meio de seus processos sócio-políticos específicos de modelagem, normatização e implantação dessas redes.

Por sua vez, em cada sociedade a Organização Atual das Redes de Atenção à Saúde (RASs) é uma construção sócio-política que, em síntese, resulta das tensões entre: (I) as permanentes tentativas de modelar, normatizar e implantar a Organização Necessária dessas redes; e (II) as características e dinâmicas específicas desses processos de modelagem, normatização e implantação, uma vez que estes são essencialmente de natureza sócio-política.

Esta é a dinâmica que historicamente se observa na implantação da Rede Nacional de Atenção à Saúde do SUS. Assim, a Organização Atual das redes do SUS é aquela que tem resultado de seu processo de implantação e que executa as funcionalidades reais dessas redes e de sua prestação de serviços de saúde, com os graves problemas que todos conhecemos.

2.3.A Estrutura Societária, a Organização Necessária e a Organização Atual das Redes do SUS na CF88 e na Lei 8.080

Para que se compreenda e justifique com mais nitidez as origens da contradição que é o tema principal desta dissertação, é importante notar que tanto a Estrutura Societária, como a Organização Necessária e a Organização Atual das Redes do SUS foram inscritas na CF88 e na Lei 8.080.

2.3.1. A Estrutura Societária

A Estrutura Societária das Redes de Atenção à Saúde do SUS pode ser recuperada a partir de duas de suas principais características, inscritas na CF88.

A primeira dessas características refere-se à missão e aos objetivos do SUS, definidos no artigo 196 da constituição:

“Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

É este artigo que determina que a Política Pública de Saúde deve ser:

- (I) Uma Política Pública de Estado (“A saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”).
- (II) Universal e equânime (“A saúde é direito de todos [...] garantido mediante [...] acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”).
- (III) E oferecer uma atenção à saúde integral (“[...]garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso[...] às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”).

A segunda característica inscrita na CF88 que define a Estrutura Societária encontra-se no artigo 198, *Caput* e I:

“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;”

O *Caput* deste artigo determina que “As ações e serviços públicos de saúde integram **uma rede** regionalizada e hierarquizada e constituem um **sistema único**”, ou seja, a Rede Nacional de Atenção à Saúde do SUS é única e íntegra.

Por sua vez, no item I do artigo, a “descentralização, com direção única em cada esfera de governo” determina que as “ações e serviços públicos de saúde” serão fisicamente organizados de modo **descentralizado (distribuído)** para estados, Distrito Federal e municípios, e que cada um desses entes federativos exercerá, em seu âmbito político-administrativo, a “direção única” das “ações e serviços públicos de saúde” localizados em seu território, ou a eles subordinados.

Ou seja, a partir da CF88, por se constituírem em partes do Estado, União Federal, estados, Distrito Federal e municípios passaram a constituir um **Colégio de Sócios Federativos** responsáveis pelas Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Neste Colégio de Sócios Federativos, União Federal, estados, Distrito Federal e municípios passaram a ser “sócios solidários” e, por consequência, solidariamente e igualmente responsáveis na modelagem, regulamentação, construção, provisão de recursos,

implantação, manutenção e operação das Redes de Atenção à Saúde do SUS e dos serviços que estas oferecem, em todo o território nacional, em todas as instâncias federativas e em todos os níveis dessas redes, uma vez que são estas que constituem a organização que tem a responsabilidade de realizar a missão e os objetivos do SUS relativos à atenção à saúde como “direito de todos e dever do Estado”, tal como inscrito no artigo 196 da constituição.

Mais especificamente, isto significa que, dos pontos de vista constitucional, político e ético, no que diz respeito às Redes de Atenção à Saúde do SUS e aos serviços de saúde oferecidos: (I) a União Federal é solidariamente e igualmente responsável com todos os estados, municípios e o Distrito Federal pela integralidade e integração dessas redes e seus serviços em todo o território nacional, ou seja, no espaço de cada um desses entes bem como nas fronteiras entre todos estes; (II) cada estado é solidariamente e igualmente responsável com a União Federal, com os estados que lhe são adjacentes, e com todos os seus municípios, pela integralidade e integração dessas redes e seus serviços em todo o seu território, bem como nas fronteiras entre todos os seus municípios e entre estes e os municípios de outros estados; e (III) cada município é solidariamente e igualmente responsável com a União Federal, com seu estado, e com os municípios que lhe são adjacentes pela integralidade e integração dessas redes e seus serviços em todo o seu território, bem como nas fronteiras com outros municípios do mesmo ou de outros estados.

Esta percepção é extremamente relevante, dos pontos de vista político e social, para que se possa buscar alternativas que permitam a definitiva superação do quadro histórico de graves carências, fragmentação, desintegração e instabilidade organizacional das Redes de Atenção à Saúde do SUS e de sua prestação de serviços de saúde.

Isto porque toda a modelagem e normatização federal das redes do SUS, posterior à CF88, mascarou e distorceu tal compreensão, minimizando cada vez mais a responsabilidade da União Federal e dos estados sobre a integralidade e integração dessas redes e transferindo esta responsabilidade para os municípios, contribuindo assim para a instalação dos graves e permanentes problemas mencionados.

Algumas das razões deste mascaramento e distorção serão examinadas no item relativo à Organização Atual das redes dos SUS.

Desse modo, e para os fins da análise conduzida neste trabalho, constitui a feição principal da Estrutura Societária das Redes de Atenção à Saúde do SUS o estabeleci-

mento, na CF88, da referida “sociedade” de todos os entes da federação brasileira, e, como partes constitutivas do Estado que são, a consequente definição de sua responsabilidade solidária e integral pelos destinos dessas redes e dos serviços de atenção à saúde que estas oferecem, em todo o território nacional e em todos os níveis das redes, uma vez que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”.

2.3.2. A Organização Necessária

A inscrição do SUS e de suas Redes de Atenção à Saúde (RASs) na CF88 foi produto de uma longa luta liderada pelos integrantes do Movimento da Reforma Sanitária, integrantes estes egressos em larga escala da saúde pública e com grande experiência em saúde coletiva.

Por esta razão, como não poderia deixar de ser, a Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde do SUS também foi delineada na constituição e na Lei 8.080 de 1990, ainda que, em ambas as normas, de modo sucinto e apenas em suas características essenciais.

Nesta perspectiva, é também no artigo 198 da CF88 — igualmente utilizado como base da definição da Estrutura Societária das redes do SUS — que encontramos a primeira definição da Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde do SUS:

“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;”

Assim, tal como definido neste artigo, *Caput* e I, do ponto de vista de sua organização, “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, organizado com base na diretriz de sua descentralização para estados e municípios.

Como veremos à frente, o termo “descentralização” tem aqui o significado de “transferência de recursos e funções de gestão e execução”. Entretanto, como vimos anteriormente, a Organização Necessária das redes do SUS, devido aos seus requisitos simultâneos de organização em regiões de saúde, integralidade, integração, unidade, coesão e estabilidade organizacionais, em todo o território nacional, embora seja totalmente compatível com a “transferência de recursos” para o Distrito Federal, estados e municípios, não comporta a “transferência de funções de gestão e execução” para esses entes fede-

rativos, ou mesmo para a União Federal (Ministério da Saúde), sob pena de esta Organização Necessária ser transformada, como foi, no que aqui denominamos Organização Atual dessas redes, com as consequências de fragmentação e desintegração desta última e dos serviços de atenção à saúde oferecidos. Este aspecto será examinado no item seguinte deste capítulo, relativo à identificação da Organização Atual das redes do SUS na CF88 e na Lei 8.080 de 1990.

Por sua vez, o significado de “hierarquizada” no artigo 198 da CF88, como atestam a normatização posterior e a literatura sobre o tema, é o de uma rede organizada de um modo que considere os diferentes níveis de complexidade tecnológica da atenção à saúde. Grosso modo, esses níveis se expressam na atenção primária, na de média e na de alta complexidade tecnológica, na verdade sem qualquer hierarquia quanto à importância de qualquer delas para uma saúde pública integral, integrada e de qualidade (Mendes 2011).

Ainda na ótica da Organização Necessária das redes do SUS, a Lei 8.080 de 1990, em seus artigos 4º, 7º e 8º, normatiza os termos do artigo 198 da CF88:

“Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)”.

“Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - 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;

[...]

IX - [...]:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

[...]

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;”

“Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente”.

A expressão “constituem um sistema único” (CF88, art. 198, *Caput*) remete inexoravelmente à noção de uma rede também única e integrada, embora do ponto de vista organizacional distribuída (porque descentralizada) para estados e municípios.

A “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”, bem como a “capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência” (Lei 8.080, art. 7º., II e XII) exigem a integralidade em todos os níveis das “ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)”

Já o “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” exige a completa integração dessas “ações e serviços” em “todos os níveis de complexidade do sistema”.

Por sua vez, o “acesso universal e igualitário” (CF88, art. 196, *Caput*) e a “universalidade de acesso aos serviços de saúde” (Lei 8.080, art. 7º., I) exigem a implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS em todo o território nacional, uma vez que a expressão “acesso universal” significa acesso adequado garantido a todos os habitantes do país, e a expressão “acesso[...] igualitário” significa acesso qualitativa e quantitativamente igual também garantido a todos os habitantes do país.

Desse modo, ainda que definida em termos extremamente sucintos, mesmo quando se considera a CF88 e a Lei 8.080 de 1990, é possível dizer que a Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde do SUS foi esboçada naqueles textos, com as seguintes características:

- (I) trata-se de uma única rede de ações e serviços de saúde;
- (II) com distribuição física dos serviços de saúde para os municípios e o Distrito Federal;
- (III) organizada em regiões de saúde;
- (IV) que inclui todos os níveis de complexidade das diferentes ações e serviços de saúde;
- (V) cujas ações e serviços de saúde devem ser integrais e integrados;

(VI) que deve estar organizada em todo o território nacional.

2.3.3. A Organização Atual

Como já registrado, a Organização Atual das redes do SUS é uma construção sócio-política, porque resultante em cada “momento” do tempo dos processos sócio-políticos de sua modelagem, normatização e implantação. Por isto foi conformada a partir de três elementos contraditórios, entre outros.

O primeiro foi o modelo de organização dos recursos da saúde pública então existente, herdados pelo SUS quando de sua criação. Este modelo está descrito na NOB 01/93:

“[...] o objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é **a completa reformulação do modelo assistência hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade**[...] (grifos do autor da dissertação)”

Ou seja, a Organização Atual das redes do SUS herdou um modelo “centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade”.

Quanto a isto, vale mencionar aqui a Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, que extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e transferiu para estados e municípios atribuições, pessoal, unidades de saúde, equipamentos e imóveis deste instituto (Solla 2006).

O segundo elemento a conformar a Organização Atual das redes do SUS, ao longo de sua história, foram as próprias características da Organização Necessária dessas redes que, como vimos, foram inscritas na CF88 e na Lei 8.080 de 1990. E isto porque, como já registrado anteriormente e também evidenciado mais à frente, a luta por implementar esta Organização Necessária tem sido permanente e é um dos fatores a conformar a Organização Atual resultante.

Finalmente, o terceiro dos contraditórios elementos a conformar a Organização Atual das redes do SUS foi a interpretação assumida para o termo “descentralização” do artigo 198, I, da CF88 — igualmente utilizado como base da definição do Estrutura Societária e da Organização Necessária dessas redes.

“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 di-

retrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;”

O termo “**descentralização**” utilizado no artigo 198, I, foi interpretado, já nos artigos 7º., 15, 16, 17 e 18 da Lei 8.080 de 1990, com a mesma acepção atribuída por Arretche (1996:nota 2) à expressão “transferência de atribuições”, quando a autora define as diferentes estratégias utilizadas nas reformas de políticas públicas em diversos países na década de 1980:

“Por “desconcentração” se entende a transferência da responsabilidade de execução dos serviços para unidades fisicamente descentralizadas, no interior das agências do governo central; por “delegação” se entende a transferência da responsabilidade da gestão dos serviços para agências não-vinculadas ao governo central, mantido o controle dos recursos pelo governo central; **por “transferência de atribuições” se entende a transferência de recursos e funções de gestão para agências não-vinculadas institucionalmente ao governo central**; e, finalmente, por “privatização ou desregulação” se entende a transferência da prestação de serviços sociais para organizações privadas (grifos do autor da dissertação).”

Esta acepção coincide com aquela apresentada por Di Pietro (2009:42 e ss) para “descentralização política e administrativa”.

Ocorre que nem o termo “descentralização”, nem esta acepção, foram adotados por acaso. Aparentemente, entre outras razões, a origem dessas “opções” parece estar nas tensões e contradições então existentes entre algumas concepções, corretas diga-se de passagem, dos integrantes do Movimento da Reforma Sanitária (MRS) e seus aliados:

- (I) a necessidade de integralidade e integridade das Redes de Atenção à Saúde do SUS em todo o território nacional;
- (II) a necessidade da **distribuição física**, para estados e municípios, das instalações, equipamentos e recursos das ações e serviços públicos de saúde, como forma de romper com a rigidez e centralização do sistema anterior do I-NAMPS e aproximar essas ações e serviços da população disseminada por um vasto território nacional, garantindo assim acesso a essas ações e serviços;
- (III) além desta aproximação física, a importância de **garantir autoridade político-administrativa** às populações e gestores, de estados e municípios, para interferir nas características dessas ações e serviços públicos de saúde, ou seja, interferir nos destinos da saúde pública, “direito de todos e dever do Es-

tado”.

Quanto a este último item, a reforçar a percepção das bases sócio-políticas do processo de constituição das redes do SUS, vale mencionar aqui que, como registram Levkovitz *et al.* (2001:270):

[...] a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as idéias neoliberais fortalecidas nos anos 90. Dessa forma, ainda que fundado em bases político-ideológicas diferentes – os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado –, o consenso acerca da descentralização favorece o avanço desse processo”.

Desse modo, a partir desta perspectiva, **contraditoriamente** as com bases solidárias da Estrutura Societária das Redes de Atenção à Saúde do SUS constituída por todos os entes da federação tal como estabelecida no artigo 196 da CF88 (“A saúde é direito de todos e dever do Estado.”), a Lei 8.080, em seus artigos 7º, 15, 16, 17 e 18, dá início ao mencionado processo de mascaramento e distorção dessas bases.

Assim é que artigo 7º., IX, reafirma e especifica aquela interpretação do termo “descentralização” com a expressão “descentralização político-administrativa”, além de registrar a ênfase neste tipo de específico de descentralização “dos serviços para os municípios”:

“IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;”

Por sua vez, os artigos 15, 16, 17 e 18 da Lei 8.080 definiram, no artigo 15 as competências comuns da União, Estados, Distrito Federal e Municípios sobre o SUS e suas redes de atenção à saúde, e nos artigos 16, 17 e 18 as competências específicas desses entes federativos.

Entretanto, na perspectiva do mascaramento e distorção das responsabilidades solidárias da União Federal e dos estados sobre as redes do SUS e as ações e serviços de saúde, o verbo “executar” relativo a “ações e serviços de saúde”, ou a “ações e serviços”, só é utilizado nos artigos 18 (municípios) e 17 (estados), sendo que neste último caso acompanhado de “supletivamente” ou “em caráter complementar” aos municípios.

Isto consagrou, definitivamente, as bases do que aqui se denomina Organização Atual das Redes de Atenção à Saúde do SUS, e da contradição entre esta e os requisitos de integralidade e integração definidos pela Organização Necessária dessas redes.

Na tentativa de compreender a origem dos processos que deram origem à Organização Atual das redes do SUS, e à própria interpretação “adotada” para o termo “descentralização”, vale também destacar o fato de que 25 anos atrás, quando da inscrição do SUS e de suas redes de atenção à saúde na CF88, os métodos e técnicas nas áreas de informação, comunicação e gestão eram ainda muitos limitados para viabilizar, na implantação descentralizada das redes do SUS, os requisitos organizacionais simultâneos de organização em regiões de saúde, integralidade, integração, unidade, coesão e estabilidade organizacionais em todo o território nacional.

Esta última percepção se confirma, por contraste, quando hoje se constata, 25 anos depois, que tais métodos e técnicas evoluíram de modo acelerado provocando mudanças revolucionárias, aperfeiçoamentos e simplificações nos métodos de governança, projeto, construção, provisão de recursos, integração, gestão, operação e prestação de serviços das organizações, inclusive aquelas de nível nacional como as Redes de Atenção à Saúde do SUS²⁰.

Quanto aos órgãos de Direção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e de sua Rede de Atenção à Saúde (RAS), nesta mesma perspectiva estes são definidos no artigo 9º. da Lei 8.080:

“Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente”.

Finalmente, o artigo 10 da Lei 8.080 define que “Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam”.

Desse modo foram configuradas, tanto na CF88 quanto na Lei 8.080 de 1990, as bases do que aqui se denomina Organização Atual das redes do SUS, a qual, em resumo, contraditoriamente partiu:

A. do modelo anterior ao SUS, “centrado na assistência médico-hospitalar indivi-

²⁰ Neste sentido vale destacar a comemoração, neste ano, dos 25 anos da Internet (O Globo 2014), uma das principais ferramentas dessa revolução.

dual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade”;

B. das mesmas seis características, que examinamos no item anterior, da Organização Necessária dessas redes, quais sejam:

- (I) trata-se de uma única rede de ações e serviços de saúde;
- (II) com distribuição física dos serviços de saúde para os municípios e o Distrito Federal;
- (III) organizada em regiões de saúde;
- (IV) que inclui todos os níveis de complexidade das diferentes ações e serviços de saúde;
- (V) cujas ações e serviços de saúde devem ser integrais e integrados;
- (VI) que deve estar organizada em todo o território nacional;

Acrescidas, entretanto, de:

- (VII) com direção, gestão e operação exercidas respectivamente pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde dos 26 Estados, 1 Distrito Federal e dos cerca de 5.565²¹ Municípios, todos com autonomia político-administrativa no interior das redes do SUS;
- (VIII) que admite a formação de Consórcios Municipais.

Assim, aquela redação do artigo 198, I, juntamente com o texto da Lei 8.080 de 1990, acabaram por determinar que, a partir daí, a Organização Atual adotada para as Redes de Atenção à Saúde do SUS fosse estruturada em bases federativas e municipalistas, ou seja, levasse para todos os componentes desta organização a autonomia federativa dos estados e municípios e seu imenso potencial de fragmentação e desintegração das redes do SUS.

Neste sentido, as especificidades da Organização Atual das redes do SUS definidas no item B, (VII) e (VIII), são de fundamental importância para que se compreenda a grave contradição entre esta e a Organização Necessária dessas redes, também definida ainda que sucintamente, como vimos, nos mesmos instrumentos legais. Esta contradição e e-

²¹ Total aproximado de 2012. Em 1988 eram 4.189, crescendo para 5.507 em 1997, ou seja, cerca de 31,5% (Abrúcio e Costa, 1998:38).

xaminada no próximo item.

2.4.A Contradição Principal das Redes de Atenção à Saúde do SUS

Tendo em vista as considerações anteriores, é possível sugerir que a principal contradição das Redes de Atenção à Saúde do SUS historicamente se manifesta entre a Organização Necessária dessas redes e sua Organização Atual.

Como já mencionado anteriormente, esta contradição vem sendo apontada, há vários anos e de diferentes formas, por diversos autores, como evidenciado ao longo deste trabalho e destacado nas Epígrafes.

Assim, nos termos de Campos (2007:306):

“[...] Este novo desenho para a administração direta [*dos hospitais do SUS*] deveria resolver alguns dos entraves já identificados decorrentes da atual legislação, **que simplesmente estendeu para o SUS o modelo de gestão do Estado brasileiro** [*Organização Atual*], **sem considerar as especificidades do campo da saúde e do SUS em particular** [*Organização Necessária*] [...] (grifos e acréscimos do autor da dissertação).”

Ou, nos termos de Kuschnir *et alli* (2010:79), que é um claro registro da necessidade de que seja superada a estrutura organizacional federativa municipalista das redes do SUS, como condição essencial mínima para que se consiga implementar a Organização Necessária dessas redes:

“[...] **a única forma de construirmos redes** é considerarmos o território da região como efetivamente comum e a responsabilidade pela saúde dessa população como coletiva. Ou seja, para o planejamento e a implementação de redes regionais **é fundamental que inicialmente apaguemos as fronteiras intermunicipais e que elaboremos o plano de forma conjunta**, com a participação de todos os gestores dos diversos distritos e municípios da região[...] (grifos do autor da dissertação)”.

Especificamente, a principal contradição das Redes de Atenção à Saúde do SUS está no permanente conflito entre a Organização Necessária dessas redes — com seus requisitos de regionalização, integralidade e integração — e o modo de organização federativo e municipalista — estruturalmente fragmentador e desintegrador — dos diversos componentes de sua Organização Atual, resultando nos graves problemas de carências, fragmentação, desintegração, instabilidade organizacional e fragilidades das redes do SUS e de sua prestação de serviços de saúde.

O modo de organização federativo e municipalista dos diversos componentes da Organização Atual das redes do SUS historicamente tornou impossível que esta pudesse convergir para a Organização Necessária dessas redes. Na verdade, a Organização Atual

das redes do SUS cada vez mais diverge da Organização Necessária dessas redes, em todos os componentes e requisitos desta anteriormente mencionados.

Conforme evidenciado ao longo do presente trabalho, são já 25 anos desta contradição fundamental e suas consequências.

Em defesa da abordagem aqui adotada, além dos argumentos conceituais já expostos e daqueles desenvolvidos ao longo da dissertação, vale destacar também dois importantes aspectos sobre o processo de normatização e implantação das redes do SUS. Tais aspectos evidenciam que não são simples argumentos teóricos a proposição da Organização Necessária dessas redes, de sua Organização Atual e da contradição entre elas.

O primeiro desses aspectos se refere ao fato de que, como evidenciado anteriormente, tanto a Organização Necessária das redes do SUS (esta em seus requisitos essenciais), como a Organização Atual dessas redes (esta em suas bases federalistas e municipalistas), foram ambas inscritas na CF88 e na Lei 8.080 de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).

E, como já indicado, entre outras razões sua inscrição simultânea naquelas normas expressou as tensões e contradições então existentes entre, por um lado, **a compreensão da necessidade de integralidade, integração e regionalização das redes do SUS em todo o território nacional** (Organização Necessária), e, por outro, **a percepção da necessidade de descentralização dessas redes para estados e municípios** (Organização Atual) que resultou da luta de muitos anos contra um Estado Nacional ditatorial, profundamente autoritário e centralizador, e uma “saúde pública” centralizadora, hierárquica e excludente.

Assim, essas tensões e contradições passaram a se manifestar de modo permanente entre, por um lado, os requisitos de integralidade, regionalização e integração das redes do SUS em todo o território nacional (Organização Necessária) e, por outro, o padrão que como vimos acabou por ser adotado de descentralização das funções de modelagem, regulamentação, construção, provisão de recursos, operação e gestão das redes do SUS para o Ministério da Saúde, estados, Distrito Federal e municípios (Organização Atual).

Aquelas tensões e contradições já estavam claramente expressas nos termos da Norma Operacional Básica (NOB) 01/93, editada apenas 5 anos após a CF88:

“f) **o objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistência hoje dominante**, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, **deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universa-**

lizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema” (Introdução, item f; grifos do autor da dissertação).

Ou seja, “o objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS” “é a completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante[...] deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada”.

Como vimos anteriormente no delineamento da Organização Atual das redes do SUS, “descentralização” significou transferência de recursos, responsabilidades e, principalmente, poder autônomo para estados e municípios na construção, gestão e operação dessas redes.

Por isto, olhando-se aquela declaração da NOB 01/93 em perspectiva histórica, é inevitável concluirmos que nada poderia ser mais contraditório que a pretensão de “completa reformulação do modelo assistencial hoje dominante[...] deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada” por meio da “descentralização do SUS”, ou seja, por meio da transferência de recursos e responsabilidades do SUS e, principalmente, poder autônomo sobre esses recursos e responsabilidades para estados e municípios.

O segundo aspecto que pode ser alinhado, em defesa da abordagem aqui proposta, refere-se ao fato de que, devido à descentralização municipalista efetivamente adotada com base no poder autônomo dos entes federativos, desde então todo o processo de modelagem, regulamentação e implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS expressa a luta por fazer convergir a Organização Atual dessas redes para sua Organização Necessária.

Disto é prova, por um lado, a mesma Norma Operacional Básica (NOB) 01/93. Isto porque aquela NOB já registrava essa pretensão da política pública de saúde e do processo de implantação das redes do SUS, pretensão esta que **iria se tornar um mantra repetido há 25 anos** pelos principais instrumentos de sua regulamentação:

“f) **o objetivo mais importante que se pretende alcançar** com a descentralização do SUS **é a completa reformulação do modelo assistência hoje dominante**, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, **deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada**, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema” (Introdução, item f; grifos do autor da dissertação).

Ou seja, “o objetivo mais importante que se pretende alcançar” “é a completa refor-

mulação do modelo assistencial hoje dominante[...] deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada”, **este o mantra.**

Por outro lado, entre muitos outros exemplos possíveis de que todo o processo de modelagem, regulamentação e implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS expressa a luta por fazer convergir a Organização Atual dessas redes para sua Organização Necessária, temos, 22 anos após a CF88, a Portaria GM/MS 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 (SUS)” (Brasil 2010).

Esta portaria, 22 anos após a CF88, **ainda repete o mesmo mantra**, pois “trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde”, por meio da definição dos “fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS [Rede de Atenção à Saúde]”.

Vale notar que tais “fundamentos conceituais e operativos” são parte substancial do que neste trabalho se denomina como Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Mais ainda, o exame das principais leis e normas que definem a atual Fase 3 do processo de normatização das redes do SUS (Capítulo 3), começando por sua peça mais importante, o Decreto 7.508 de 28.06.2011, evidenciam que estas leis e normas continuam a investir no permanente esforço requerido para fazer convergir a Organização Atual dessas redes para sua Organização Necessária.

Naquele capítulo, o destaque da entrevista de Santos (2011), uma das principais mentoras, construtoras e divulgadoras da nova legislação da Fase 3, **quando esta afirma que a nova legislação tomou como base a necessidade de integralidade da atenção à saúde**, evidencia, mais uma vez, a luta sistemática apontada no parágrafo anterior.

Uma vez evidenciada a histórica contradição entre a Organização Necessária e a Organização Atual das Redes de Atenção à Saúde do SUS, bem como a eterna luta pela Organização Necessária, em seguida, na perspectiva dos objetivos e limites deste trabalho, examinamos as principais etapas do processo de implantação dessas redes, visando registrar sucintamente, por um lado, os principais componentes que caracterizam o modo de organização federativo e municipalista da Organização Atual dessas redes, bem como destacar alguns dos principais aspectos e consequências de seus complexos e instáveis

processos de normatização e implantação. Por outro lado, busca-se também evidenciar o permanente esforço por fazer a Organização Atual das redes do SUS convergir para sua Organização Necessária.

3. A ORGANIZAÇÃO ATUAL DAS REDES DO SUS: regulamentação, implantação e a luta pela Organização Necessária

Na perspectiva dos objetivos e limites desta dissertação, inicialmente o presente capítulo registra, sucintamente, alguns importantes aspectos relativos à construção de Sistemas Nacionais de Saúde Pública em ambientes federativos. Este exame é importante pois **o complexo e inovador federalismo brasileiro pós CF88** é o pano de fundo em que se desenvolve **a também complexa regulamentação e implantação do SUS e de suas Redes de Atenção à Saúde (RASs)**.

Em seguida é delineado o intrincado contexto político e institucional em que se desenvolveu a modelagem e implantação das Redes do SUS. Embora este contexto tenha origem nos processos políticos e sociais que desaguaram na CF88, a compreensão de sua complexidade brevemente delineada neste item é importante, pois tal quadro pode ser considerado uma das causas para que, **até nossos dias, o tratamento dos aspectos políticos e institucionais das Redes de Atenção à Saúde do SUS tenham predominado sobre o enfrentamento de seus requisitos organizacionais**, em particular os de **organização em regiões de saúde, integralidade, integração, unidade, coesão e estabilidade organizacionais em todo o território nacional**, essenciais para a garantia de uma atenção à saúde universal, equânime, integral e integrada.

Por fim, no último grande item do capítulo, são esboçadas as três fases em que se sugere dividir os 25 anos de regulamentação e implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS e de configuração de sua Organização Atual. Para cada fase são apresentados os principais marcos normativos e legais, os principais componentes organizacionais que caracterizam o modo de organização federativo e municipalista dessas redes (Organização Atual) decorrentes dessas leis e normas, bem como os principais aspectos que caracterizam os progressos na fase em exame e os obstáculos remanescentes para que se garanta as condições necessárias e suficientes para viabilizar a convergência da **Organização Atual** das Redes de Atenção à Saúde do SUS para a **Organização Necessária** dessas redes.

3.1. Federalismo e Sistemas Nacionais de Saúde Pública

Grande parte das dificuldades que o processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde (RASs) do SUS enfrenta, desde seu marco inicial na Constituição Federal de 1988, é atribuída por muitos analistas, nacionais ou não, à complexidade que este pro-

cesso adquire quando da construção de Sistemas Nacionais de Saúde Pública universais, integrais e equânimes em contexto federativo. No caso brasileiro, com cerca de 5.565 municípios dotados de autonomia político-administrativa no interior da organização das redes do SUS, esta complexidade é levada a níveis inéditos.

Assim, para que se possa compreender, em perspectiva ampla, os principais obstáculos que se colocaram e ainda se colocam no processo de modelagem e implantação das Redes de Atenção à Saúde (RSASs) do SUS, é necessário delinear, ainda que sinteticamente, alguns aspectos comuns aos diferentes contextos da implantação desse tipo de rede em países de organização federativa.

Com este objetivo, nos limites desta dissertação abordaremos no presente item, numa perspectiva bastante sucinta, algumas características e dificuldades dos processos da elaboração e implementação, em contextos federativos, de políticas públicas nacionais de saúde universais, integrais e equânimes.

De acordo com diversos autores tais características e dificuldades em grande parte têm origem nas tensões entre os seguintes aspectos do contexto:

- a. As diretrizes, objetivos, serviços, padrões e requisitos técnicos nacionais exigidos de uma política nacional de saúde universal, integral e equânime.
- b. As características, tensões e contradições dos sistemas federativos, onde aqueles atributos deste tipo de política pública esbarram em complexas relações sociais, econômicas e políticas, tanto entre as unidades geopolíticas que integram as diferentes instâncias federativas de organização do Estado, como no interior dessas unidades: a União e as instâncias subnacionais.

Quando se trata das relações entre federalismo e políticas sociais, em particular as políticas nacionais de saúde, parece haver certo consenso sobre alguns aspectos dessas relações (France 2002a e 2002b; Banting & Corbett 2003; Arretche 2002; Franzese & Abrúcio 2009; Lima 2012):

- a. As principais características do federalismo, *vis-à-vis* a de estados unitários, tiveram, e continuam tendo, impactos limitadores na implementação dos Estados do Bem-Estar Social e das políticas públicas nacionais de saúde, tanto na Europa Ocidental como em outros continentes.
- b. Esses impactos parecem ter limitado tanto a dinâmica de expansão dos Estados do Bem-Estar Social e das políticas nacionais de saúde, como as possibilidades de alterações em suas características principais, ou de sua retração, nas

décadas de 1980 e 1990, fortemente marcadas pela expansão da ideologia neoliberal gerencialista do estado mínimo.

- c. As instituições federalistas por si sós não explicam as dinâmicas e resultados específicos dos processos de implantação das políticas nacionais de saúde em países onde o Estado se organiza nos moldes federativos. Para que se compreenda corretamente essas dinâmicas e resultados, é necessário que se examine também as relações entre o Estado nacional e as instâncias subnacionais quanto a aspectos específicos das políticas nacionais de saúde, tais como: autonomia e competências do Estado nacional *versus* das instâncias subnacionais; instâncias de coordenação federativa da política de saúde; peso e conteúdo da regulamentação federal válida para todo o território nacional; origens e formas de financiamento dos diferentes aspectos das políticas de saúde; apropriação e distribuição das receitas tributárias; capacidades e disponibilidade de recursos humanos, financeiros e tecnológicos das instâncias subnacionais.
- d. Outro importante aspecto a ser considerado refere-se às relações entre os setores público e privado no mercado nacional de saúde, bem como no interior da política pública de saúde e das Redes de Atenção à Saúde (RASs).

Os impactos limitadores das características do federalismo sobre a implementação dos Estados do Bem-Estar Social e das políticas nacionais de saúde parecem ser significativos, de acordo com diversos autores, e apresentam aspectos comuns aos diferentes ambientes nacionais em que este tipo de contexto se faz presente.

De acordo com Banting & Corbett (2002), todos os governos do mundo, ao lidar com as políticas públicas de saúde,

“...deben balancear las necesidades y las expectativas de los ciudadanos, la demanda de los profesionales de atención de la salud, así como la presión del presupuesto²² público[...] **En los países federales, estos retos se cumplen a través de instituciones políticas que requieren la participación y cooperación de dos niveles de gobierno²³** en el diseño y rediseño de la política de salud, **agregando otro nivel de complejidad a la administración de políticas de salud.** (grifos do autor da dissertação)”

Além da ampla bibliografia por eles utilizada, os autores elaboram sua análise a partir dos trabalhos de cinco outros autores que, na mesma obra, analisam os impactos do

²² Orçamento.

²³ Note-se que os autores mencionam dois níveis de governo. No caso brasileiro, com três níveis de governo, sendo o municipal com cerca de 5.565 municípios, a complexidade agregada “a la administración de políticas de salud” é muitas vezes maior.

federalismo sobre os sistemas nacionais de saúde em cinco países: Austrália, Bélgica, Canadá, Alemanha e Estados Unidos.

Banting & Corbett (2002) sugerem que:

“Sin embargo, parece que las instituciones federales tienen implicaciones por el tamaño de la función pública en el sector salud. Este patrón es consistente con un volumen substancial de investigación que concluye que el federalismo y la descentralización tendieron a restringir la expansión del Estado benefactor durante el siglo XX. Numerosos estudios han concluido que el federalismo y la descentralización crean varios tipos de barreras que restringen la expansión de un Estado benefactor redistributivo: al aumentar el número de sitios de representación política, el federalismo multiplica el número de puntos de veto que puede demorar, cancelar o eliminar una acción; al crear una jurisdicción regional por separado, el federalismo genera competencia económica entre regiones como los gobiernos estatales/ provinciales compiten por el capital privado que puede salir hacia otras regiones con sistemas fiscales amigables. Estos argumentos han sido utilizados en un gran número de estudios de federaciones individuales²⁴.”

E acrescentam:

“Aunque la totalidad de las muestras que aparecen en los estudios de países individuales han sido criticadas²⁵, el argumento se apoya en numerosos estudios cuantitativos, de los factores determinantes del gasto social entre naciones. Estos estudios han identificado una diversidad de factores que pueden explicar las diferencias en la expansión del Estado benefactor en las naciones de la OECD, incluyendo la apertura de la economía, la fuerza de los trabajadores organizados, así como la orientación ideológica de los partidos políticos dominantes. Esta literatura se ha enfocado cada vez más a la estructura de las instituciones políticas y los informes indican repetidamente que, en igualdad de condiciones, la dispersión de la autoridad para crear políticas a través del federalismo, la descentralización u otras formas de fragmentación institucional se relacionan en forma negativa con el gasto social como proporción del producto interno bruto (PIB)²⁶. Además, una aportación reciente a esta literatura determina que la descentralización tiene poderosos efectos (negativos) sobre el esfuerzo de bienestar social, inclusive mayor que otras variables institucionales, como puede ser el nivel de corporativismo en la toma de decisiones,

²⁴ “Esta literatura tiene profundas raíces. Para los primeros ejemplos, ver H. Laski, “The Obsolescence of Federalism,” reimpresso en *The People, Politics and the Politician*, ed. A. Christensen and E. Kirkpatrick (New York: Holt 1941); y A.H. Birch, *Federalism, Finance and Social Legislation in Canada, Australia and the United States* (Oxford: Clarendon Press, 1955). Para una excelente revisión de literatura más reciente, ver P. Pierson, “Fragmented Welfare States: Federal Institutions and the Development of Social Policy,” *Governance* 8,4 (1955):449-78” (nota de Banting & Corbett 2002).

²⁵ “A. Noel, “Is Decentralization Conservative?: Federalism and the Contemporary Debate on the Canadian Welfare State,” en *Stretching the Federation: The Art of the State in Canada*, ed. Robert Young (Kingston: Institute of Intergovernmental Relations, Queen’s University 1999). Noel investiga un número de estudios de diferentes países, pero no considera la amplia literatura cuantitativa cross nacional sobre el tema” (idem).

²⁶ “Para una muestra de estos estudios, ver E.Huber, C. Ragin and J. Stephens, “Social Democracy, Christian Democracy, Constitutional Structure and the Welfare State,” *American Journal of Sociology* 99,3 (1993):711-49; A. Hicks and J.Misra, “Political Resources and Growth of Welfare in Affluent Capitalist Democracies, 1960-1982,” *American Journal of Sociology* 99,3 (1993): 668-710; A. Hicks and D. Swank, “Politics, Institutions and Welfare Spending in Industrialized Democracies, 1960-82,” *American Political Science Review* 86,3 (1992): 658-74; M. Crepaz, “Inclusion versus Exclusion: Political Institutions and Welfare Expenditures,” *Comparative Politics* 31 (1998): 61-80; and D. Cameron, “The Expansion of the Public Economy: A Comparative Analysis,” *American Political Science Review* 72 (1978): 1243-61” (idem, ibidem).

la naturaleza del sistema electoral o la presencia de un sistema de gobierno presidencial²⁷. Además, una nueva investigación que se aproxima a este tema desde otra perspectiva examinando la participación privada del gasto social global en las naciones OECD llega a conclusiones similares²⁸.”

Sobre a capacidade de resistência das políticas nacionais de saúde em Estados federativos contra as tentativas de alterações adversas de suas características principais, os autores, analisando a participação relativa dos gastos públicos e privados em países da OCDE, entre as décadas de 1960 e 1990, indicam que:

“los estados federales no restringieron la participación pública durante 1980 y 1990 tan dramáticamente como los estados no federales. Una interpretación de este patrón es que la complejidad de la toma de decisiones en los estados federales significa que tienden a reaccionar más lentamente a las condiciones nuevas que los estados no federales”.

Sobre o mesmo tema, Lima (2012), mais especificamente, afirma:

“...é preciso considerar os elementos que permeiam a implantação de políticas públicas em contextos federativos[...] Sob regimes democráticos, o desenho institucional das federações garante a repartição do poder do estado, de modo que diferentes esferas de governo possam participar do processo político e defender seus direitos originários[...] Nesses casos, a implantação de sistemas nacionais de saúde como o SUS supõe o entendimento entre autoridades políticas dotadas de vários tipos de poder e legitimidade, que agregam e empregam recursos diversos, envolvendo relações de cooperação e competição, acordos, vetos e decisões conjuntas entre governos com projetos frequentemente divergentes na disputa política.”

Franzese & Abrúcio (2009), examinando as relações entre federalismo e políticas públicas sociais, além de apontar aspectos dessas relações semelhantes aos já mencionados, adicionalmente destacam que o modo como são implementadas as políticas públicas pode, a seu turno, gerar efeitos sobre as relações federativas:

“Mas o impacto do federalismo vai além das macroestruturas políticas. Ele é igualmente relevante para o funcionamento das políticas públicas. Nesse caso, a análise da distribuição de competências entre os entes federativos, bem como da distribuição de recursos entre eles são, normalmente, o ponto de partida para a discussão. A literatura faz uso recorrente das categorias do federalismo competitivo e cooperativo para promover comparações entre as diferentes federações. Não obstante sua utilidade para fins comparativos, essa classificação dicotômica apresenta limitações explicativas, principalmente nos casos de países que não se encaixam totalmente em nenhum dos modelos. Obinger

²⁷ “D. Swank, “Political Institutions and Welfare State Restructuring: The Impact of Institutions on Social Policy Change in Developed Democracies,” en *The New Politics of the Welfare State*, ed. P. Pierson (Oxford: Oxford University Press 2001)” (idem, *ibidem*).

²⁸ “Ver a Jacob Hacker, *The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States* (Cambridge: Cambridge University Press, forthcoming). Hacker escribe con base en información reciente de la OECD sobre gasto social neto que incluye gasto público y privado sobre programas sociales y valora el impacto de los factores institucionales sobre el balance entre acción pública y privada en todos los países” (idem, *ibidem*).

et alli (2005) apresentam uma abordagem diferente, que inclui o tempo como variável explicativa na relação entre federalismo e políticas públicas. Além disso, os autores concluem que a relação entre políticas públicas e federalismo é uma relação de reciprocidade. Isto é, enquanto já parece consagrado na literatura que o federalismo importa na vida política dos Estados – seja na representação política, na governabilidade ou na produção de políticas públicas –, a análise dos casos demonstra que as políticas públicas também importam e podem gerar efeitos sobre as relações federativas” (p. 26).

E acrescentam:

“A aplicação da abordagem do neoinstitucionalismo histórico à relação entre federalismo e política social tem um marco importante no trabalho de Pierson (1995). Reafirmando a importância do estudo das instituições políticas como o conjunto de regras do jogo que influencia na formação de coalizões, na estratégia política dos atores, na distribuição e barganha de poder entre os diferentes grupos e na capacidade de produção de políticas públicas dos Estados, o autor se propõe a analisar o impacto do conjunto de instituições típicas do federalismo no desenvolvimento da política social. Dentre os impactos definidos pelo autor, dois dialogam diretamente com a discussão dos modelos competitivo e cooperativo de federalismo. O primeiro refere-se à afirmação de que o federalismo cria novos atores institucionais (com base territorial) que, como unidades autônomas, são capazes de sustentar opções próprias de políticas públicas e ainda influenciar as possibilidades de políticas sociais do governo central e das demais unidades federativas. O segundo menciona que o federalismo produz dilemas de decisão conjunta em razão do processo de responsabilidade compartilhada nas políticas públicas. Essa situação geraria desenhos de políticas complexos, que devem incorporar as necessidades e interesses de cada nível de governo, subordinando a eficiência e a flexibilidade à acomodação política e a garantias procedimentais” (p. 29).

Franzese & Abrúcio (2009) destacam também outro importante aspecto das relações entre federalismo e políticas públicas, que é sua relação no tempo.

“O trabalho de Obinger *et all* (2005) tem o objetivo de suprir, em parte, a lacuna apontada por Pierson (1995), analisando sistematicamente a relação entre federalismo e o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social em seis países: Estados Unidos, Austrália, Canadá, Alemanha, Áustria e Suíça. A pesquisa busca observar a interação entre federalismo e política pública na criação do Welfare State e no seu desmantelamento na recente era de ajuste fiscal das reformas de Estado. No que diz respeito ao momento de criação do Estado de Bem-estar Social, a comparação entre os diferentes estudos de caso levou à conclusão de que, para compreender a relação entre federalismo e políticas públicas, o essencial é observar em que ordem no tempo se deram os eventos relacionados ao desenvolvimento de um federalismo democrático e do Estado de Bem-estar Social em um determinado país, ou seja, observar se quando o Welfare State se desenvolveu já havia ou não um contexto federativo democrático em funcionamento. Nos casos em que o federalismo democrático funcionava antes da implementação do Welfare State, vigorava uma estrutura mais descentralizada. Por essa razão, as políticas sociais se consolidaram nacionalmente mais tardiamente e o aumento do gasto social ocorreu lentamente. Em outras palavras, o federalismo teve de fato um papel de retardar e, em alguns casos, impedir a formação de políticas de bem-estar social em países como Estados Unidos, Canadá, Austrália e Suíça. Já nos países em que o desenvolvimento do Estado de Bem-estar Social ocorre em um contexto federativo centralizado e autoritário – como na Alemanha e na Áustria –, as políticas sociais são mais rapidamente implementadas em nível nacional e o gasto social apresenta crescimento mais rápido e maior” (p. 29-30).

Os autores registram ainda que, para a compreensão da dinâmica entre federalismo e políticas públicas, é também importante considerarmos qual era o nível de governo (federal ou subnacional) que dominava a política pública em exame quando de seu estabelecimento inicial:

“Novamente, nas federações não democráticas e mais centralizadas, o terreno das políticas sociais já contava com iniciativas federais e também com prerrogativas de atuação dessa esfera de governo. Nesses casos, foi muito mais fácil e rápida a expansão do Estado de Bem-estar Social. Nos casos de federalismo democrático e predominantemente competitivo, a competência dos estados fazia com que poucos programas sociais fossem iniciados, dada a dinâmica de competição e possível atração de novos beneficiários. Nesses casos, a União possuía poucas prerrogativas de atuação unilateral, assim como havia poucas áreas de decisão compartilhada, fazendo com que o governo central dependesse da colaboração dos governos subnacionais para a implementação das políticas sociais. Desse modo, o desenvolvimento do Welfare State demorou até que o governo federal adquirisse poder e superasse a situação original. Em alguns casos, foram necessárias emendas constitucionais e disputas judiciais para a realocação de competências, funcionando o federalismo, nesses casos, mais uma vez como um fator a retardar o desenvolvimento das políticas sociais” (p. 20).

Também Arretche (2002) nos diz que:

“A literatura sobre federalismo dos anos de 1980 e 1990 dedicou-se a analisar o impacto do federalismo sobre a autoridade dos governos centrais, particularmente sua capacidade de mudar o *status quo*, isto é, produzir inovações e implementar reformas de políticas. Teoricamente, essa literatura apresenta um razoável grau de consenso em torno da seguinte proposição: Estados federativos tendem a restringir as possibilidades de mudança, porque a autonomia dos governos locais opera no sentido de dispersar o exercício da autoridade política, aumentando o poder de veto das minorias (Lijphart, 1984) ou, ainda, porque a presença de um maior número de veto players institucionalizados nas arenas decisórias aumenta o potencial de estabilidade das políticas existentes (Tsebelis, 1997). Sistemas federativos restringem o potencial de mudanças de políticas porque as garantias institucionais dos Estados-membros no processo decisório tendem a produzir decisões políticas com base no “mínimo denominador comum” (Pierson & Leibfried, 1995) (p. 30)”.

Neste sentido Arretche ainda acrescenta:

“...federalismo é uma designação genérica que mascara uma variedade de arranjos institucionais que criam riscos e oportunidades distintos para as capacidades de governo. Governos provinciais e federais podem ter autoridade para intervir em uma área de política sem permissão do outro nível de governo. Isso tende a prover fortes incentivos para a inovação em políticas públicas na medida em que cada nível de governo tenta controlar a jurisdição de uma política antes que o outro o faça. Entretanto, esse tipo de federalismo também corre o risco de que os diferentes níveis de governo tenderão a impor conflitos entre programas, elevação dos custos da implementação e tornarão o problema da coordenação de objetivos ainda mais difícil. Alternativamente, o federalismo pode ser estruturado de modo a requerer a aprovação dos governos subnacionais afetados e do governo federal para qualquer desvio do status quo. Estes arranjos [...] acrescentam pontos de veto e inibem a implementação (Weaver & Rockman, 1993, p. 459)” (p.30).

E resume assim esta argumentação:

“Em outras palavras, em Estados federativos a implementação de reformas de âmbito nacional tenderia a ser mais difícil do que em Estados unitários, porque os governos locais têm incentivos e recursos para implementar as suas próprias políticas independentemente do governo federal, porque têm representação no Parlamento para vetar as iniciativas de política que são contrárias a seus interesses ou, ainda, porque podem simplesmente não aderir à implementação de programas do governo federal” (p. 31).

Entretanto, nesta obra a autora está interessada em contrastar a suposta rigidez dos contextos federativos para a implementação de políticas sociais com a rápida descentralização dessas políticas, para estados e municípios, ao longo dos anos 1990 no caso brasileiro.

Com essa finalidade, a autora examina detidamente a rápida descentralização das políticas de habitação, saneamento, educação e saúde ao longo dos anos 1990, e em particular no primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso como presidente da república (1995-1998).

A partir deste exame, a autora assinala que:

“As relações entre federalismo e descentralização das políticas sociais não são homogêneas entre os países federativos. Nos EUA, por exemplo, há uma corrida para baixo (*race to the bottom*) entre os estados no tocante à oferta de serviços sociais, pois estes temem atrair migrantes pobres caso ofereçam políticas sociais generosas. O fato de que o sistema fiscal norte-americano seja baixamente redistributivo – isto é, a capacidade fiscal dos estados repousa basicamente em seus próprios impostos – implica que elevação do gasto signifique elevação de impostos. Os estados norte-americanos competem entre si para atrair investimentos; e impostos elevados podem significar retração dos investimentos das empresas. Por esta razão, as políticas sociais dos governos estaduais são em geral financiadas por transferências do governo federal (Peterson & Rom, 1990; Peterson, 1995)” (p. 44).

E prossegue:

“Por outro lado, nos estados federativos em que a política social está no centro dos mecanismos de legitimação política dos governos, a competição entre os estados tende a implicar expansão da oferta de serviços sociais. A literatura comparada aponta que o interesse dos governos na visibilidade da responsabilidade pela oferta de benefícios sociais foi historicamente uma das razões de sua expansão. Pierson (1994) demonstrou que, no contexto de expansão do *welfare state*, a concentração da autoridade política implicava a concentração da *accountability* pela ampliação de benefícios. Banting (1995) demonstrou que no Canadá a disputa entre governo federal e províncias pelos créditos políticos derivados da ampliação de serviços sociais contribuiu para a expansão do *welfare state* canadense. Na União Européia – um novo arranjo federativo –, temia-se que a liberdade interna para o movimento dos capitais e da força-de-trabalho tivesse como resultado uma retração dos programas de proteção social, movimento este pelo qual – tal como nos EUA – países do norte (França, Alemanha, Bélgica) fossem forçados a aproximar-se dos baixos patamares de proteção social dos países do sul (Portugal, Espanha, Grécia). Na realidade, as evidências sugerem uma outra trajetória: os países do sul da Europa estão aumentando seus níveis de proteção efetiva, porque as políticas sociais estão no centro dos mecanismos de legitimação política dos Estados de Bem-Estar Social europeus” (p.

44-45).

A autora então, relativamente ao nosso país, conclui que:

“No Brasil, as políticas sociais – entendidas como um compromisso dos governos com o bem-estar efetivo da população – não estão no centro dos mecanismos de legitimação política dos governos. Por esta razão, a descentralização dessas políticas não tende a ocorrer por uma disputa por créditos políticos entre os níveis de governo, mas – de modo semelhante ao caso norte-americano – por indução do governo federal. Desse modo, a descentralização dessas políticas ocorreu quando o governo federal reuniu condições institucionais para formular e implementar programas de transferência de atribuições para os governos locais” (p. 45).

3.2. O complexo contexto político e institucional da modelagem e implantação das Redes do SUS

Para que se compreenda os inúmeros impasses, obstáculos e deficiências na modelagem, regulamentação e implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS, ao longo de sua história já de 25 anos, é importante que se considere dois períodos essenciais da Reforma Sanitária Brasileira (RSB):

- (I) O primeiro engloba os principais aspectos e contradições vividos pelo Movimento da Reforma Sanitária nos anos anteriores à Constituição de 1988 (CF88) e durante a elaboração desta, processo este que resulta na inscrição dos princípios e características fundamentais da Política Pública de Saúde, do SUS e de suas Redes de Atenção à Saúde (RASs) na Constituição.
- (II) O segundo engloba os principais aspectos e contradições vividos e enfrentados pelo Movimento da Reforma Sanitária nos anos posteriores à CF88, durante o longo e tortuoso processo de regulamentação e implantação do SUS e de suas Redes de Atenção à Saúde (RASs), processo este de mais de 25 anos e ainda inacabado, pois se desdobra até os nossos dias.

Nos limites desta dissertação examinaremos brevemente, neste item, apenas a extrema complexidade do ambiente social, político, econômico e institucional em que, durante a elaboração da CF88 e ao longo da década de 1990, e mesmo depois, se desenrolou a primeira fase da regulamentação e implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS, fase esta aqui denominada Descentralização Municipalista.

Em primeiro lugar, é importante mencionar que a década de 1990 se seguiu à queda da ditadura, que se estendera de 1964 a 1985, e ao complexo processo político de reconstrução da democracia e de elaboração da CF88. Por isto, foi a década que teve como

uma de suas características principais a de ter sido o momento inicial de regulamentação e implementação das políticas, diretrizes e objetivos inscritos na CF88, tendo como pano de fundo um complexo e intenso processo de reorganização e realinhamento das forças sociais, econômicas e políticas em nossa sociedade. Este processo foi profundamente impactado não apenas pelas causas endógenas à sociedade brasileira, mas também pela reorganização do capitalismo em escala global e a expansão do neoliberalismo.

Na complexidade deste contexto, destacam-se duas alterações de caráter estrutural, configuradas na CF88, que viriam a ter papel preponderante na regulamentação e implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS.

A primeira dessas alterações refere-se à inscrição na Constituição Federal de 1988 (CF88), em seu Art. 18, da autonomia político-administrativa dos Municípios, no mesmo nível da União, Estados e Distrito Federal:

“Art. 18. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição.”

A segunda alteração de caráter estrutural que merece ser destacada, também inscrita na CF88, refere-se à descentralização das Redes de Atenção à Saúde do SUS, “com direção única em cada esfera de governo” (CF88, art. 198, Caput e I). Isto teve como consequência a descentralização radical da Política Pública de Saúde para os municípios.

Aqui vale lembrar o registro de Banting & Corbett (2002), mencionado no item anterior, de que todos os governos do mundo, ao lidar com as políticas públicas de saúde,

“...deben balancear las necesidades y las expectativas de los ciudadanos, la demanda de los profesionales de atención de la salud, así como la presión del presupuesto²⁹ público[...] **En los países federales, estos retos se cumplen a través de instituciones políticas que requieren la participación y cooperación de dos niveles de gobierno en el diseño y rediseño de la política de salud, agregando otro nivel de complejidad a la administración de políticas de salud.** (grifos do autor da dissertação)”

Note-se que esses autores referem-se a países federalistas com “dois níveis de governo”: a União federal e os estados ou províncias. Também os demais autores, que tratam das dificuldades da implementação de políticas públicas de saúde de âmbito nacional em países federativos, pressupõem a organização destes em dois níveis de governo.

No caso brasileiro, uma federação com três níveis de governo dotados de autonomia

²⁹ Orçamento.

político-administrativa, sendo o nível municipal constituído por cerca de 5.565 municípios, a complexidade agregada “a la administración de políticas de salud” é infinitamente maior.

Assim, a compreensão do ineditismo, da profunda inovação e dos impactos da autonomia de milhares de municípios em nosso ambiente político e institucional, é também importante para que se perceba que a modelagem, normatização, construção e implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS em nível nacional, por si só totalmente novas e extremamente complexas, ocorreram em um ambiente também completamente novo e extremamente complexo nos planos político, institucional, econômico e organizacional da sociedade brasileira, inclusive nas políticas públicas.

Por tudo isto, não parece incorreto supor que esta federação em três níveis, com milhares de municípios autônomos política e administrativamente, inédita na história de nosso país e **única no mundo** (Arretche 1999:114³⁰; Abrúcio 2003; Mendes 2011:166), constituiu o elemento básico que levou para o interior da organização das redes do SUS o “modelo de gestão do Estado brasileiro, sem considerar as especificidades do campo da saúde e do SUS em particular ...” (Campos 2007:306).

Além disto, a percepção da complexidade do contexto político, institucional, econômico e organizacional da sociedade brasileira, derivada dos diversos aspectos mencionados, é essencial para que se possa compreender porque os caminhos da regulamentação e implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS foram tão sinuosos ao longo dos anos 1990 e mesmo depois.

Esta complexidade é confirmada por diversos autores, como, por exemplo, Levcovitz *et al.* (2001:270):

“Ao se analisar a política de saúde nos anos 90, é imprescindível considerar a complexidade do desafio representado pela implementação do Sistema Único de Saúde. A necessidade de concretização da agenda progressista construída pelo movimento sanitário dos anos 80 e o rompimento com o modelo distorcido sobre o qual o sistema de saúde brasileiro foi estruturado ao longo de várias décadas, em uma conjuntura político-econômica internacional e nacional bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais abrangentes e redistributivas, indicam o grau dessa complexidade. [...]

[...] nos anos 90, a concretização dos princípios do SUS estará em contínua tensão por diversos obstáculos estruturais e conjunturais.

No que diz respeito às dificuldades estruturais, as diversas políticas sociais brasileiras, incluindo as de saúde, expressam o caráter “imperfeito e deformado” [...] dos siste-

³⁰ “Diferentemente de outros países, os municípios brasileiros foram declarados entes federativos autônomos, o que implica que um prefeito é autoridade soberana em sua circunscrição”.

mas de proteção social latino-americanos. Algumas variáveis estruturais impõem enormes desafios à consolidação do SUS e muitas vezes obscurecem os avanços alcançados pela reforma sanitária brasileira: a marcante desigualdade social no país, as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista sobre o qual o sistema de saúde foi construído.

Acrescente-se, ainda, a repercussão no Brasil da onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social em vários países a partir da década de 1980, norteadas pelo fortalecimento das idéias neoliberais sobre a crise dos Estados nacionais. Nos anos 90, essas tendências se expressam no país através de: a) adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994, nas medidas de estabilização da moeda; b) privatização de empresas estatais; c) adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho do Estado e do quadro de funcionalismo público, incluindo a agenda de reforma da previdência e a reforma do aparelho do Estado; d) mudanças nas relações de trabalho, com aumento do segmento informal, do desemprego estrutural e “fragilização” do movimento sindical; entre outras.

Tais mudanças tornaram tensa a implementação de políticas sociais universais mesmo nos países desenvolvidos, e em países como o Brasil, onde não existem sistemas de proteção social consolidados, têm repercussões ainda mais graves.

Desta forma, pode-se dizer que a agenda da reforma sanitária brasileira é construída na contra-corrente das tendências hegemônicas de reforma dos Estados nos anos 80, e sua implementação nos anos 90 se dá em uma conjuntura bastante adversa (grifos do autor da dissertação)”.

Opinião semelhante oferece Solla (2006:334):

“Cabe lembrar que as proposições da reforma sanitária se deram em direção contrária às propostas de reforma do Estado, hegemônicas na década de 1980, e a implantação do SUS, nos anos 1990, se deu em uma conjuntura desfavorável, sofrendo os efeitos das medidas voltadas para o desmantelamento do aparelho de Estado durante os governos Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso...”.

Na mesma direção se manifesta Ribeiro (2009:820):

“[...] pode-se afirmar que a década de noventa, do ponto de vista da gestão governamental, foi uma década de transições, em que a ampliação do processo político e o gerenciamento das políticas macroeconômicas constituíram dimensões centrais.

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu uma detalhada carta de direitos de cidadania e uma importante reorganização federativa, ampliando as obrigações estatais e introduzindo a necessidade de modificações no padrão de relacionamento entre as esferas de governo e entre governos e sociedade [...]

Estas mudanças incluíram, no que diz respeito ao ambiente político-institucional da ação governamental:

i) o alargamento da democracia, no contexto da restauração do Estado Democrático de Direito e do fortalecimento do poder local;

ii) a adoção de um padrão de proteção social, baseado em novas concepções de direito e justiça social, orientado ao universalismo das políticas [...];

iii) a expansão da federação brasileira, com a incorporação dos municípios como membros efetivos, com autonomia político-administrativa idêntica à da União, dos estados e do Distrito Federal [...];

iv) a descentralização política e financeira da gestão estatal, com a desconcentração

dos recursos públicos e o aumento do grau de autonomia política e fiscal dos entes subnacionais [...];

v) a ampliação das responsabilidades dos governos subnacionais, especialmente no âmbito da gestão das políticas sociais, com a transferência de encargos da União para estados e municípios [...] e

vi) a instituição de novas formas de controle público sobre o Poder Executivo, derivadas da distensão política; do fortalecimento e da maior autonomia do Poder Judiciário; da criação do Ministério Público e da inclusão da participação social nos processos de deliberação governamental [...].

Às transições impostas por esta ampliação do processo político somaram-se aquelas derivadas da inclusão, na pauta nacional, de itens da agenda econômica internacional de modernização e reforma do Estado, no que vem sendo caracterizado como uma “adaptação tardia” do Estado brasileiro ao contexto internacional de ajuste macroeconômico e de hegemonia de políticas liberalizantes [...].

[...] Assim, os governantes eleitos se viram diante das tarefas de responder pelas novas obrigações constitucionais; renovar as relações federativas; redefinir as relações entre Estado, economia e sociedade e ajustar as finanças públicas. Tarefas executadas em terreno de importante acomodação de interesses políticos e econômicos, com a institucionalidade democrática revolvendo práticas autoritárias e clientelistas e a sociedade, em permanente rearticulação, apresentando múltiplas e diversificadas demandas”.

No contexto delineado, vale destacar ainda alguns aspectos que ilustram a origem dos problemas enfrentados nos processos de regulamentação e implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS na década de 1990 e mesmo depois:

- (I) O predomínio da gestão macroeconômica sobre as demais políticas públicas, que resultou na aprovação da “Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101, de 4 de maio de 2000), que impôs limites máximos para dívidas e gastos de pessoal da União, dos estados e dos municípios; exigiu a formulação de metas trienais; proibiu novas rolagens de dívidas estaduais e municipais pelo governo central e estabeleceu sanções aos responsáveis por desvios” (Ribeiro 2009:822).
- (II) As iniciativas de redução da máquina pública como aquelas “encaminhadas no âmbito do Programa Nacional de Desestatização (PND), instituído em 1990, no início do governo Collor (1990-1992), e renovadas nos dois mandatos do governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002); do Programa de Desligamento Voluntário (PDV); e, do Plano Diretor da Reforma do Estado, desenvolvido no âmbito do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), ambos no governo Fernando Henrique” (idem:825).
- (III) A expansão desordenada do número de municípios, após a CF88, na busca de recursos fiscais e políticos. Conforme Ribeiro (2009:821), a “participação na divisão da receita tributária nacional, segundo a evolução da receita disponível, registrava

para os municípios - maiores beneficiados pela Constituição - uma ampliação de sua fatia de 10% para 17% no período 1965/1995". Isto, mais a autonomia político-administrativa recém conquistada, fez com que o número de municípios crescesse de 4.189 em 1988, para 5.507 em 1997, ou seja, um acréscimo de cerca de 31,5% (Abrúcio & Costa, 1998:38).

Além disto, como registram Levcovitz *et al.* (2001:270):

[...] a descentralização é a única diretriz organizativa do SUS que não colide com as idéias neoliberais fortalecidas nos anos 90. Dessa forma, ainda que fundado em bases político-ideológicas diferentes – os ideais de democratização e de redução do tamanho do Estado –, o consenso acerca da descentralização favorece o avanço desse processo”.

Quanto a isto, Arretche (2002:26) reforça esta percepção:

“Uma das grandes reivindicações democráticas dos anos de 1970 e 1980 consistia na descentralização das políticas públicas. A avaliação unânime de que a excessiva centralização decisória do regime militar havia produzido ineficiência, corrupção e ausência de participação no processo decisório conduziu a um grande consenso – que reunia, na verdade, correntes políticas à esquerda e à direita – em torno das virtudes da descentralização. Esta última – esperava-se – produziria eficiência, participação, transparência, accountability, entre outras virtudes esperadas da gestão pública. Assim, no Brasil dos anos de 1980, centralização e autoritarismo eram ambos encarados como filhos da ditadura, ao passo que descentralização, democratização do processo decisório e eficiência na gestão pública andariam automaticamente juntas.

Este debate não se restringia ao Brasil. Também em países com democracias estáveis, a descentralização aparecia como uma alternativa às estruturas decisórias centralizadas instituídas durante a construção dos Estados de Bem-Estar Social, de inspiração keynesiana. Em alguns países europeus, como a França, esperava-se que a descentralização operasse como um instrumento de radicalização democrática, com vistas à ampliação dos canais de participação política (Rosanvallon, 1993). Em outros países, como a Itália, a descentralização era portadora de expectativas relacionadas à vitalização dos governos regionais, esvaziados em seus poderes por Estados unitários excessivamente centralizados (Putnam, 1996). Em outros países ainda, como Bélgica e Espanha, a grande demanda era a do federalismo, isto é, a afirmação da autonomia política de etnias sub-representadas politicamente em Estados unitários com regras eleitorais majoritárias (Watts, 1999)”

Ou seja, um complexo ambiente político, institucional, econômico e organizacional, assim como o consenso quanto aos benefícios quase automáticos da descentralização, por certo constituem importante parte da explicação de porque a implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS por longos anos privilegiou seus aspectos políticos e institucionais, em detrimento de seus requisitos de organização em regiões de saúde, integralidade, integração, unidade, coesão e estabilidade organizacionais em todo o território nacional, fundamentais para que se viabilize uma atenção à saúde universal, equânime, integral e de qualidade.

Dito de outro modo, aquele complexo ambiente político, institucional, econômico e organizacional, assim como o mencionado convencimento então dominante sobre os benefícios da descentralização, por certo constituem importante parte da explicação de porque tem sido predominante, até hoje, a extensão “para o SUS” do “modelo de gestão do Estado brasileiro, sem considerar as especificidades do campo da saúde e do SUS em particular”.

Finalmente, para encerrar este breve delineamento do complexo contexto enfrentado nos processos de regulamentação e implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS na década de 1990 e mesmo depois, é importante mencionar o fracionamento do Movimento da Reforma Sanitária (MRS) no quadro constituído pelo fim da ditadura militar, pela reorganização política e partidária e pela ascensão de milhares de novos atores, sociais e federativos, na Política Pública de Saúde. Este fracionamento, natural em face das próprias características do MRS, pode ser ilustrado pelo intenso debate sobre os rumos da Reforma Sanitária Brasileira desencadeado, por exemplo, em dois momentos: (I) em 1998, conforme Oliveira (1988), Campos (1988a), Fleury (1988) e Campos (1988b); e (II) em 2007, conforme Campos (2007), Fleury (2007), Coelho (2007), Pasche (2007) e Campos (2007b).

3.3.Regulamentação e implantação da Organização Atual das Redes do SUS: principais etapas

3.3.1. A Descentralização municipalista

3.3.1.1. Marcos normativos e legais

Foi naquele intrincado contexto político, econômico e institucional, referido anteriormente, que, no pós CF88, foram editadas as leis e normas que ao longo da década de 1990 começaram a moldar a complexa e instável Organização Atual das Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Neste item buscaremos, ainda que brevemente, delinear a primeira fase de um complexo e longo processo normativo de modelagem e implantação das redes do SUS, bem como algumas das críticas que apontavam a inadequação do método “escolhido” para essa finalidade.

O período em foco produziu, entre muitas outras, as seguintes leis e normas que regulamentaram a implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS e confirmam e agravam, em diferentes aspectos, o que aqui se denomina de sua **Organização Atual**: Lei

Orgânica da Saúde (LOS) 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil 1990a); Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Brasil 1990b); Norma Operacional Básica (NOB) 01 de 1991 (Brasil 1991); NOB 01 de 1992 (Brasil 1992); NOB 01 de 1993 (Brasil 1993a); Lei 8.689, de 27 de julho de 1993 (Brasil 1993b), que extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS); Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994 (Brasil 1994), que autorizou o repasse financeiro direto do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde; e NOB 01 de 1996 (Brasil 1996) (Levcovitz *et al.* 2001; Solla 2006).

Principais Componentes Organizacionais Criados pela Normatização desta Fase

Como vimos no item anterior, a configuração da Organização Atual das Redes de Atenção à Saúde do SUS na CF88 e na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, resultou em que este modelo partiu das seguintes características:

- (I) trata-se de **uma única** rede de ações e serviços de saúde;
- (II) **distribuída** para estados e municípios;
- (III) organizada em **regiões de saúde**;
- (IV) que inclui **todos os níveis de complexidade** das diferentes ações e serviços de saúde;
- (V) cujas ações e serviços de saúde devem ser integrais e integrados;
- (VI) e que deve estar **organizada em todo o território nacional**.

Acrescido, entretanto, de:

- (VII) com direção e gestão únicas em cada ente federativo, exercida respectivamente pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde dos 26 Estados, 1 Distrito Federal e dos 5.565 Municípios³¹, todos com autonomia político-administrativa no interior das redes do SUS;
- (VIII) que admite a formação de Consórcios Municipais.

Um dos mais importantes componentes organizacionais das Redes de Atenção à Saúde do SUS resultou do veto da Presidência da República (Brasil 1990d) ao Projeto de

³¹ Total aproximado de 2012. Em 1988 eram 4.189, crescendo para 5.507 em 1997, ou seja, cerca de 31,5% (Abrúcio e Costa, 1998:38).

Lei nº 50 de 1990 (Brasil 1990c) do Congresso Nacional (PL nº 3.110 na origem), que resultou na Lei 8.080 de 1990.

Este veto eliminou os incisos II e III do artigo 27 da Lei 8.080, que determinavam, respectivamente:

“II – instituição, em cada esfera de governo, de planos de cargos e salários e de carreira para o pessoal do Sistema Único de Saúde – SUS, da administração direta e indireta, **baseados em critérios definidos nacionalmente**.

III – **fixação de pisos nacionais de salários** para cada categoria profissional, sem prejuízo da adoção pelos Estados e Municípios de remuneração complementar para atender às peculiaridades regionais. (grifos do autor da dissertação)”

Isto significou, na verdade, a derrota da tentativa de estabelecer padrões nacionais mínimos para os cargos, salários e carreiras dos servidores das redes do SUS, elemento fundamental para o estabelecimento de um sistema verdadeiramente único de saúde em todo o território nacional.

Neste quadro, a provisão e gestão dos recursos humanos das redes do SUS se fracionou pelos milhares de entes federativos, agravadas, ao longo dos anos, pelas múltiplas **iniciativas autônomas** da União Federal, estados e municípios para a implementação de alternativas, as mais diversas, de substituição da administração direta do Estado na provisão de recursos humanos e na gestão dos recursos, equipamentos e instalações das redes do SUS. Essas iniciativas se valem de empresas e fundações públicas e privadas, OSs, OSCIPs, cooperativas etc (Paraná 2013).

Uma das graves consequências de tudo isto foi a generalização, em todos os entes federativos, da histórica e perversa redução da carga horária, conjugada ao aviltamento das remunerações correspondentes, das diferentes categorias profissionais das redes do SUS.

Em decorrência disto também se generalizou, por todos os entes federativos, a adoção de múltiplos vínculos trabalhistas pelos diversos recursos humanos das redes do SUS, fenômeno este agravado, ao longo dos anos, pela crescente privatização, terceirização e rotatividade na alocação de força de trabalho às diferentes organizações do SUS.

Por sua vez, a Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, cuidou de dispor “sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (Brasil 1990b).

Essa lei criou, “em cada esfera de governo”, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde (artigo 1º., Caput, I e II).

Definiu que “A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. (artigo 1º., § 1º.)”

Definiu também que “O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (artigo 1º., § 2º.)”

Determinou ainda que “O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde. (artigo 1º., § 3º.)”

E, também, que “A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos” (artigo 1º., § 4º.).

A Lei 8.142 definiu ainda um importante aspecto de forte impacto para a dinâmica do que aqui se denomina de Organização Atual das redes do SUS. Trata-se do financiamento, pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), das ações e serviços de saúde pelos estados, o Distrito Federal e os municípios (artigo 2º., IV).

Neste sentido, ficou estabelecido que esses recursos “serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990”, com a ressalva de que “Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo” (artigo 3º., Caput e § 1º.).

De acordo com essa lei, “Para receberem os recursos[...] os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com”: (I) Fundo de Saúde; (II) Conselho de Saúde; (III) plano de saúde; (IV) contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; e

(V) Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação (artigo 4º., *Caput* e I, II, III, IV e V).

Finalmente, a Lei 8.142 estabeleceu que “É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei” (artigo 1º., § 5º.).

Assim, surgem aqui duas importantes instâncias organizativas da Organização Atual das redes dos SUS: as **Conferências de Saúde** e os **Conselhos de Saúde**, sendo que este é um “órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários” e “em **caráter permanente e deliberativo**[...] atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, **cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo**”.

A criação dos Conselhos e Conferências de Saúde **foi uma importante conquista**, no sentido de garantir formalmente a ampliação da atuação democrática da sociedade nos destinos do SUS e de suas Redes de Atenção à Saúde (RASs). E esses Conselhos rapidamente se disseminaram para a maioria dos municípios:

“Existem hoje mais de 5.500 conselhos, envolvendo cerca de 100 mil cidadãos e vasto número de associações” (Coelho 2007).

Entretanto, a atuação desses Conselhos, **definidos originalmente como deliberativos**, e “**cujas decisões serão homologadas** pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo”, por diferentes razões tem sido extremamente limitada frente aos objetivos iniciais de sua criação, seja por dificuldades em sua composição, representatividade e capacidades, seja porque seu caráter deliberativo tem sido ignorado pelo poder executivo das três instâncias federativas (Coelho 2007; ENSP/Fiocruz 2003; Labra 2002; Labra 2006b; Labra & Figueiredo 2002).

Além disto, a combinação de duas decisões estampadas na Lei 8.142 tornaram-se, ao longo da década de 1990, e mesmo posteriormente, fontes de graves dificuldades na implementação das Redes de Atenção à Saúde do SUS e de agravamento da dinâmica de operação de sua Organização Atual: trata-se da associação entre as formas de financiamento das ações de saúde das instâncias subnacionais e a possibilidade de que “o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado”, tenha sido “autorizado a es-

tabelecer condições para aplicação desta lei”.

O resultado disto foi que o Ministério da Saúde deu continuidade a uma prática do antigo INAMPS, utilizando-se intensamente de portarias não apenas para regulamentar e dirigir a adesão de estados e municípios ao SUS por meio de convênios, definindo assim as condições em que estados e municípios se poderiam habilitar como gestores e operadores das redes do SUS, mas, principalmente, utilizando como atrativo a repartição das verbas públicas destinadas pela Lei 8. 142 para o financiamento das ações de saúde das instâncias subnacionais (Levcovitz *et al.* 2001; Carvalho 2001; Solla 2006).

Neste sentido, entre as principais portarias do Ministério da Saúde (MS) do período estão aquelas que editaram a Norma Operacional Básica (NOB) 01 de 1991 e a NOB 01 de 1992 (ainda sob a égide do INAMPS/MS); a NOB 01 de 1993 e a NOB 01 de 1996 (Levcovitz *et al.* 2001; Carvalho 2001; Solla 2006).

A Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), transferiu para estados e municípios atribuições, pessoal, unidades de saúde, equipamentos e imóveis deste instituto, criou o Sistema Nacional de Auditoria e estabeleceu que os recursos de custeio dos serviços fossem repassados de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais de saúde.

Por sua vez, o Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, autorizou o repasse financeiro direto do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios.

Neste período foram criadas mais duas importantes instâncias organizativas das Redes de Atenção à Saúde do SUS: a **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)** e as **Comissões Intergestores Bipartite (CIBs)**.

De acordo com a NOB 01/93³², a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é “integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS, tem por finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizar do Conselho Nacional

³² Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html, acesso em 27.11.2012.

de Saúde”.

Por sua vez, a Comissão Intergestores Bipartite é “integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do estado, deverá ser criada e formalizada através de portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quando aos aspectos operacionais do SUS”.

A criação da CIT e da CIB decorreu da percepção de que o processo de municipalização radical, num quadro de federalismo autárquico e predatório, conduzia à uma grande fragmentação das redes do SUS, e daí a necessidade de se dar início ao complexo e contínuo esforço de negociação interfederativa, visando superar este fracionamento em busca de um federalismo cooperativo.

Isto fica evidente no fato de a NOB 01/93, como já mencionado antes, registrar uma **pretensão** da política pública de saúde e do processo de implantação das redes do SUS que, diante do agravamento ao longo dos anos dos obstáculos decorrentes do modo de organização federativo e municipalista da Organização Atual dessas redes, **iria se tornar um mantra, repetido há 25 anos pelos principais instrumentos de sua regulamentação:**

“o objetivo mais importante que se pretende alcançar com a descentralização do SUS é a completa reformulação do modelo assistência hoje dominante, centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada, e para a prática da responsabilidade sanitária em cada esfera de governo, em todos os pontos do sistema” (NOB 01/93:Introdução,item f; grifos do autor da dissertação).

Ainda no quadro do planejamento e gestão das redes do SUS e das relações federativas, a NOB 01/96 instituiu a primeiro instrumento significativo para o planejamento operacional dessas redes, a **Programação Pactuada Integrada (PPI)** entre gestores, a qual pretendia traduzir “as responsabilidades, objetivos, metas, referências intermunicipais, recursos e tetos financeiros, em todos os níveis de gestão, garantindo o acesso universal aos serviços de saúde, diretamente, ou por referência a outro município, sempre por intermédio da relação gestor-gestor (Levcovitz *et al.* 2001:279)”.

Quanto às formas de adesão e habilitação das instâncias subnacionais ao SUS e suas Redes de Atenção à Saúde (RASs), ao longo da década de 1990, no contexto de tentativa e erro típico do complexo processo político e institucional já mencionado, bem

como de aprendizado das três instâncias federativas, as alternativas oferecidas a estados e municípios foram várias (Levcovitz *et al.* 2001:283):

- (I) NOB SUS 01/91 e 01/92 - Criação do “município habilitado” para o convênio.
- (II) NOB SUS 01/93 - Municípios: gestão incipiente, parcial e semiplena; Estados: gestão parcial e semiplena.
- (III) NOB SUS 01/96 - Municípios: gestão plena da atenção básica e plena do sistema municipal; Estados: gestão avançada e plena do sistema estadual.

A essa variedade das formas de adesão e habilitação de estados, Distrito Federal e municípios correspondeu uma complexidade crescente, ao longo da década, dos requisitos exigidos dos entes federativos para esta finalidade.

Finalmente, cabe registrar que quanto aos recursos financeiros transferidos para estados, Distrito Federal e municípios ao longo da década de 1990, as fontes desses recursos, sua destinação, e os mecanismos de transferências utilizados, também aqui, pelas mesmas razões, as categorias, critérios e condições foram vários. Um bom detalhamento desses aspectos encontra-se em (Levcovitz *et al.* 2001:Quadros 2 e 3).

Apenas para que se tenha uma visão sucinta da complexidade desses mecanismos, vale mencionar que relativamente aos tipos de transferências estes envolveram, ao longo da década: (I) remuneração direta da União aos prestadores de serviços de estados e municípios; (II) transferências intergovernamentais, inclusive fundo-a-fundo; (III) recursos para investimentos; (IV) incentivos financeiros vinculados à produção; (V) incentivos financeiros vinculados a resultados; (VI) incentivos financeiros vinculados à descentralização; e (VII) incentivos financeiros vinculados a programas específicos. É importante destacar que, em suas formulações específicas, embora regulamentados vários desses mecanismos não foram implementados ou o foram parcialmente (idem:Quadro 3).

3.3.1.2. Progressos e obstáculos

Como já mencionado, o contexto em que se desenvolveu a regulamentação e implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS, ao longo da década de 1990, foi de aprendizado das três instâncias federativas e, conseqüentemente, de tentativa e erro, em meio a um complexo processo político e institucional no país.

Neste quadro, é possível dizer que houve na década um significativo avanço no pro-

cesso de descentralização, para estados e municípios, das Redes de Atenção à Saúde do SUS:

“Apesar das dificuldades de implementação de muitos dispositivos das três NOBs editadas nos anos 90, houve avanços no modelo de descentralização adotado pela política de saúde em direção à municipalização da gestão (incluindo recursos e instrumentos) e da explicitação das funções estaduais como coordenadores do sistema de referência intermunicipal. O nível federal, por sua vez, ampliou seu poder indutor e regulatório sobre o processo de descentralização, ao introduzir novos mecanismos de transferência de recursos financeiros vinculados às ações e programas assistenciais específicos e ao criar novas estratégias para avaliação e controle” (Levcovitz *et al.* 2001:286).

Entretanto, devido ao tipo de organização e gestão adotado para as Redes de Atenção à Saúde do SUS, aqui denominado Organização Atual, federativo e municipalista, a complexidade das relações entre a União e as instâncias subnacionais, estados e municípios, bem como entre estes, iria marcar de modo adverso todo o processo de implantação das redes do SUS, até nossos dias.

Esta adversidade iria se manifestar tanto nos meios utilizados pelo Ministério da Saúde para induzir a descentralização, como na própria dinâmica deste processo, bastante errática e muito complexa, bem como, e mais importante, na lentíssima implantação de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) capaz de oferecer uma atenção efetivamente integral, universal, equânime e de qualidade em todo o território nacional.

Entretanto, vale destacar neste ponto a questão dos meios utilizados pelo Ministério da Saúde para induzir a descentralização: a ampla utilização de numerosas, extensas e complexas portarias.

Quanto a isto cabe registrar que esta opção foi desde cedo criticada, seja por sua suposta inconstitucionalidade (Carvalho 2001; Santos 2011), seja por sua inadequação Goulart (2001).

A feliz expressão de Goulart (2001:292:293), “Esculpindo o SUS a golpes de portarias”, título de seu artigo, reflete muito bem a essência da opção criticada.

Questionando o que denomina como o “jeito NOB de construir o SUS”, ou seja, o processo normativo adotado para a modelagem e implantação, em nível nacional, das Redes de Atenção à Saúde do SUS, o autor registra que o uso da feliz expressão “esculpindo o SUS a golpes de portarias” tem o objetivo de “representar a ação do escopro sobre a pedra ‘retirando dela a escultura’ como dizia Rodin”.

Ou seja, o autor ironicamente compara a um processo de elaboração artístico-

escultórica o processo normativo adotado para a modelagem e implantação, em nível nacional, das Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Mas a crítica do autor vai muito além. Destacando a inadequação da alternativa escolhida para a modelagem e implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS em nível nacional, num contexto histórico de profundas diferenças de capacidades entre estados e, principalmente, entre municípios, Goulart (2001:293) registra:

“...são gestores plenos do SUS a maioria dos secretários municipais de saúde de alguns estados, mesmo em municípios que mal possuem uma unidade ambulatorial própria[...] Nada de estranhável para um país onde são entes de mesmo estatuto político, de um lado a metropolitana e cosmopolita São Paulo, com seus vários milhões de habitantes e de outro, Nova York, pequeno município perdido nos confins do Piauí, com seus habitantes contados em poucos milhares. Coisas do Brasil...

E foi dentro de tal panorama que se optou por um sistema de Normas Operacionais[...] "nacionais". Desde o princípio a terminologia ficou bem clara: Norma! E como tal tinha de valer para todos, sem exceção, como é conveniente nos bons regimes democráticos. Mas também logo que se viu que não seria possível tanta rigidez, criando-se a regra de que onde houvesse consensos locais entre os gestores, a norma poderia ser atenuada ou até mudada. Alguém com a visão mais formal questionaria: "mas é norma ou não é norma"? **O resultado se conhece**, e o próprio texto em pauta é rico em exemplos de flexibilização, para não dizer de fluidez. **Ficou mais ou menos assim: cada um cumpre como puder ou até como quiser**. Como existe sempre, entre nós, um grande espaço entre a intenção e o gesto (menor, talvez, do que aquele existente entre a Bélgica e a Índia que coexistem em nossa realidade, para retomar uma imagem da década de 1980), **o que resultou foi um certo *laissez-faire* consentido — uma norma que não é norma, um pacto que não passa de declarações bem-intencionadas**” (grifos do autor da dissertação).

Exatamente por tudo isto, com uma visão menos poética e elegante que a daquele autor (“esculpindo o SUS a golpes de portarias”), certamente seria possível designar tal processo normativo também como “experimentalismo evolucionista”.

Aparentemente, a depender do ângulo em que se coloque o observador, cabem as duas denominações.

Do ponto de vista da União, mais exatamente do Ministério da Saúde, cabe perfeitamente a analogia com o processo escultórico, que se poderia dizer de cunho criacionista por estar subordinado aos desígnios de um Criador (o escultor), qual seja, o Ministério.

Entretanto, do ponto de vista dos cerca de 140.000.000 de cidadãos que, em nosso país, dependem hoje total e exclusivamente das Redes de Atenção à Saúde do SUS, parece mais adequada a analogia com a concepção darwiniana evolucionista. Isto porque, apesar dos esforços e reforços dos processos de Regionalização das Redes de Atenção à Saúde do SUS, principalmente a partir de 2011, **o processo normativo em tela está**

sujeito, ao longo já de 25 anos, à aleatoriedade das infinitas variáveis da natureza política em que está imerso, aos termos kafkianos das regulamentações, e às ações das milhares de espécies de transitórios gestores políticos e técnicos a que está subordinado, desde os responsáveis no Ministério da Saúde por sua normatização nacional até o Secretário de Saúde do mais pobre daqueles 5.565 municípios.

Neste sentido, cabe lembrar que, além da vasta normatização por parte do Ministério da Saúde, há também uma intensa normatização pelas instâncias subnacionais, **e que os milhares de transitórios gestores políticos e técnicos dos três níveis federativos a cada dois anos são atropelados por nosso processo eleitoral.**

Finalmente, é importante termos em mente o quadro de municipalismo autárquico, predatório e competitivo, já mencionado, cujo caso exemplar é o da “secessão” do Município de São Paulo/SP, que no período de 1993 e 2000 desligou-se do SUS e implantou um sistema próprio (Pinto *et al.* 2009a; 2010).

Quanto a este quadro, Viana *et al.* (2002:499-501) registra:

“...Por certo, pode-se assegurar que a política de saúde, através de inúmeros instrumentos, **procurou superar contradições e conflitos inerentes às relações intergovernamentais geradas em um quadro de federalismo predatório...**

...No entanto, a decisão sobre a partilha de gestão entre estado e municípios foi atribuída às CIBs (*Comissões Estaduais Intergestores Bipartites*)...

...Essa medida **possibilitou a geração dos mais variados tipos ou modelos** de gestão e partilha entre as diversas unidades da federação...

...Estes arranjos – **relativamente descentralizantes, mais ou menos organizativos** para os sistemas – refletem não só a capacidade gestora, o grau de qualificação gerencial das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e as diferentes condições de gestão assumidas por estados e municípios, como também o grau de amadurecimento das discussões e as particularidades locais e regionais do relacionamento entre as instâncias de governo...

...Atualmente, mesmo na modalidade mais qualificada prevista pela NOB/96 (Gestão Plena de Sistema Municipal – GPSM), **os pactos de gestão** – divisão de atribuições entre estados e municípios – **propiciaram inúmeros modelos de gestão e gerenciamento que, muitas vezes, são desprovidos de racionalidade sistêmica...**

...Os dados levantados neste artigo sugerem que **a complexidade e diversidade do modelo de gestão e gerência do SUS, associadas às fortes desigualdades regionais e ao contexto de relações federativas altamente competitivas e predatórias**, podem novamente tensionar a tríade formada por racionalidade sistêmica, financiamento e modelo de atenção[...] (grifos do autor da dissertação)”.

3.3.2. A Regionalização Fase I – a era dos Pactos de Gestão

3.3.2.1. Marcos normativos e legais

A observação do processo histórico de modelagem e normatização das Redes de Atenção à Saúde do SUS confirma o registro de (Levcovitz *et al.* 2001:286) sobre o complexo processo de normatização dessas redes na década de 1990:

“Pode-se perceber um *continuum* entre os dispositivos das NOBs, **sendo os avanços obtidos gradativamente**, através de mecanismos facilitadores e indutores da NOB anterior, quer seja através das exigências impostas em seus requisitos para habilitação, **quer seja através da experiência acumulada pelos próprios gestores no campo político-administrativo e operacional**” (grifos do autor da dissertação).

Para ser válida, a crítica de diversos autores e do presente trabalho ao método “escolhido” para a modelagem e normatização das redes do SUS deve reconhecer que, mesmo com os graves problemas aqui apontados, houve ao longo desses 25 anos um contínuo aperfeiçoamento, embora extremamente lento, errático e insatisfatório desse método, de seus instrumentos e de seus resultados quanto à constituição das redes do SUS, particularmente quanto à expansão da atenção básica.

Neste sentido, o salto de qualidade que ocorreu na transição da década de 1990 para a de 2000 resultou da edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) em 2001, reeditada em 2002, respectivamente pela Portaria GM/MS nº. 95 de 26 de janeiro de 2001 (Brasil 2001) e Portaria GM/MS nº. 373 de 27 de fevereiro de 2002 (Brasil 2002).

Ao longo da década de 2000 novo incremento de qualidade iria se dar com a edição do “Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS”, por meio da Portaria nº. 399/GM de 22.02.2006 (Brasil 2006) e da Portaria Nº 699, de 30 de Março de 2006 – que “Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão” (Brasil 2006a).

A edição das NOAS, e principalmente dos Pactos, representaram o reconhecimento definitivo de que as Redes de Atenção à Saúde do SUS e a qualidade dos serviços que oferecem são de responsabilidade coletiva dos gestores do SUS nos três níveis da federação, e por isto mesmo, no método federalista e municipalista “adotado” para a modelagem, normatização e construção dessas redes é necessária a permanente negociação e pactuação, entre esses gestores, das características e recursos das redes e de seus serviços. Neste sentido, cabe registrar a colocação em debate pelo Ministério da Saúde, em novembro de 2008, do documento “Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação - Versão para Debate” (Brasil 2008b).

O reconhecimento mencionado decorreu da experiência dos gestores do SUS adqui-

rida ao longo da década de 1990, e já havia começado a ser delineado na NOB 01/96, que instituiu a Programação Pactuada Integrada (PPI) entre gestores, como já mencionado.

Principais Componentes Organizacionais Criados pela Normatização desta Fase

1. As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002 — Portaria GM/MS nº. 95 de 26 de janeiro de 2001 e Portaria GM/MS nº. 373 de 27 de fevereiro de 2002 (Brasil 2001 e 2002)

Considerando que a NOAS 01/2001 pouco durou, sendo reeditada na NOAS 01/2002, cabe destacar os instrumentos criados e/ou reafirmados pela segunda.

A NOAS 01/2002, por um lado, reforçou o processo de implantação e regionalização das redes do SUS, por meio de alguns novos recursos, enquanto que, por outro lado, manteve o complexo processo de habilitação de estados e municípios como gestores das redes.

Quanto ao aperfeiçoamento do processo de implantação e regionalização das redes, pela NOAS 2002, vale destacar, entre muitos outros, os seguintes aspectos e instrumentos:

(I) Regionalização

“Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade”.

“O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis”.

(II) O Termo de Compromisso entre Entes Públicos

Este termo visava “a formalização de contratações de serviços de saúde ofertados” entre o estado e os municípios”.

“O presente Termo tem por objeto formalizar a contratação dos serviços de saúde ofertados e respectiva forma de pagamento das unidades hospitalares

estaduais, sob a gerência do estado, localizadas no município de..., definindo o papel do hospital no sistema municipal e supramunicipal de acordo com a abrangência e o perfil dos serviços a serem oferecidos...”

(III) O Plano Diretor de Regionalização (PDR)

O PDR foi instituído “como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção”.

“O PDR fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integridade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades”.

(IV) A manutenção da Programação Pactuada e Integrada (PPI), criada pela NOB 01/96

“O processo de Programação Pactuada e Integrada (PPI), coordenado pelo gestor estadual representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão”.

(V) O Plano Diretor de Investimentos (PDI)

O PDI destinava-se a “atender as prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde, preferencialmente identificando cronograma e fontes de recursos”.

O reforço do papel dos estados como coordenadores da implantação e regionalização ficou evidenciado na definição de que cabia ao gestor estadual coordenar todo o processo de planejamento das redes do SUS no estado, bem como a elaboração dos instru-

mentos citados.

Entretanto, seja pelas limitações da NOAS 01/2002 quanto ao tratamento da regionalização das redes do SUS (por exemplo pela falta de definição de um organismo deliberativo dos integrantes das Regiões, ou pelas limitações do Termo de Compromisso entre Entes Públicos ali definido), seja pela manutenção e complexidade do processo de habilitação de estados e municípios como gestores das redes, em 2006 novo instrumento foi editado em substituição da NOAS, o Pacto pela Saúde.

2. O “Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS” — Portaria nº. 399/GM de 22.02.2006 e Portaria Nº 699, de 30 de Março de 2006 – que “Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão” (Brasil 2006 e 2006a).

Os dois instrumentos se complementam do seguinte modo.

O Pacto pela Saúde constitui-se de três componentes e contem as Diretrizes Operacionais para cada um: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS.

De modo complementar, a Portaria 699 “Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão”.

Dos três componentes do Pacto pela Saúde, o Pacto em Defesa do SUS é, na verdade, uma relação de objetivos genéricos visando o fortalecimento do SUS.

O Pacto pela Vida define como prioritárias algumas linhas de ação em saúde e o objetivo principal para cada uma dessas linhas, que são: Saúde do Idoso; Câncer de Colo de Útero e de Mama; Mortalidade Infantil e Materna; Doenças Emergentes e Endemias, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza; Promoção da Saúde; e Atenção Básica à Saúde.

O Pacto de Gestão do SUS é importante, pois busca simplificar e instrumentalizar mais adequadamente os processos de implantação e regionalização das redes do SUS. Aqui, os principais aspectos a destacar são:

(I) Seu objetivo:

- ✓ O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar

mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

(II) Suas prioridades

- ✓ Definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS: federal, estadual e municipal, superando o atual processo de habilitação.
- ✓ Estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na Descentralização; Regionalização; Financiamento; Programação Pactuada e Integrada; Regulação; etc

(III) A instituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGR)

“Para qualificar o processo de regionalização, buscando a garantia e o aprimoramento dos princípios do SUS, os gestores de saúde da Região deverão constituir um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa através de um Colegiado de Gestão Regional. A denominação e o funcionamento do Colegiado devem ser acordados na CIB”.

(IV) A instituição do Termo de Compromisso de Gestão, Federal, Estadual, do DF e Municipal

“Fica definido o Termo de Compromisso de Gestão, Federal, Estadual, do DF e Municipal, como o documento de formalização deste Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão.

O Termo de Compromisso de Gestão, a ser regulamentado em normatização específica, contém as metas e objetivos do Pacto pela Vida, referidas no item I deste documento; as responsabilidades e atribuições de cada gestor, constantes do item III e os indicadores de monitoramento”.

(V) A extinção do processo de habilitação

“O Termo de Compromisso de Gestão substitui o atual processo de habilitação, conforme detalhamento em portaria específica.

Fica extinto o processo de habilitação para estados e municípios, conforme estabelecido na NOB SUS 01/96 e na NOAS SUS 2002”.

(VI) A manutenção do Plano Diretor de Regionalização (PDR), do Plano Diretor

de Investimentos (PDI) e da Programação Pactuada Integrada (PPI).

Assim, quanto aos principais componentes organizacionais decorrentes deste ciclo, podemos destacar: (I) o reforço da regionalização; (II) a extinção do processo de habilitação para estados e municípios; (III) a instituição do “Termo de Compromisso de Gestão, Federal, Estadual, do DF e Municipal, como o documento de formalização deste Pacto nas suas dimensões Pela Vida e de Gestão”; (IV) a instituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGR); (V) a manutenção do Plano Diretor de Regionalização (PDR), do Plano Diretor de Investimentos (PDI) e da Programação Pactuada Integrada (PPI).

3.3.2.2. Progressos e obstáculos

Como se pode observar, a cada novo ciclo de regulamentação o processo de implantação e regionalização das Redes de Atenção à Saúde do SUS se aperfeiçoa.

Neste sentido, do ponto de vista do instrumental, no passo em exame cabe sublinhar a extinção do processo de habilitação de estados e municípios, a instituição dos Colegiados de Gestão Regional (CGR) e do Termo de Compromisso de Gestão, Federal, Estadual, do DF e Municipal, bem como a manutenção do Plano Diretor de Regionalização (PDR), do Plano Diretor de Investimentos (PDI) e da Programação Pactuada Integrada (PPI).

Do ponto de vista das relações interfederativas, aspecto dos mais complexos neste processo, é importante notarmos o objetivo de estabelecer “as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê”.

Entretanto, apesar dos esforços de aperfeiçoamento do processo de modelagem e implantação das redes dos SUS, algumas questões e obstáculos de caráter estrutural permaneceram.

Entre esses obstáculos esta a autonomia político-administrativa dos estados e dos cerca de 5.565 municípios no interior da Organização Atual dessas redes. **Essa autonomia obriga a um imenso e contínuo esforço de negociação, pactuação, renegociação e repactuação, em busca da Organização Necessário das redes do SUS.**

Além disto, como determinado em toda a normatização pertinente, nos fóruns de negociação desses pactos as decisões são **obrigatoriamente** tomadas por consenso, o que, na Organização Atual das redes do SUS, é condição essencial para minimizar os

conflitos federativos. **Por esta razão, para viabilizar tais consensos essas decisões necessariamente adotam o que se poderia denominar de mínimo comum em termos de condições e recursos para a construção das redes. Isto significa que as necessidades de condições e recursos para a construção de uma rede de atenção à saúde integral e integrada são sempre minimizadas, devido aos interesses e capacidades divergentes dos estados e municípios.**

Por esta razão, entre muitas outras, **os aperfeiçoamentos obtidos a cada novo ciclo de regulação se refletem de modo muito restrito nas características estruturais e operacionais das redes do SUS e de sua prestação de serviços.**

Se adicionarmos a isto a transitoriedade dos gestores políticos e operacionais do SUS nos três níveis da federação, atropelados a cada 2 anos por eleições, temos que admitir que, por definição, este processo de negociação e pactuação é extremamente instável, e por isto há 25 anos necessita ser continuamente aperfeiçoado.

Não se trata, aqui, de jogar pedras sobre o passado, mas de compreendê-lo para fazermos avançar o presente.

Como já mencionado, tratava-se, na origem deste processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS, de realizar a correta crença na importância da distribuição, para os municípios, das instalações, equipamentos e recursos das ações e serviços públicos de saúde, como forma de romper com a rigidez do sistema anterior do INAMPS e aproximar as ações e serviços públicos de saúde da população disseminada por um vasto território nacional.

Mais ainda, tratava-se de garantir autoridade político-administrativa às populações e gestores, de estados e municípios, para interferir nas características dessas ações e serviços públicos de saúde, ou seja, interferir nos destinos da saúde pública, “direito de todos e dever do Estado”.

Talvez mesmo não pudesse ser de outra forma se considerarmos, como já delineada, a extrema complexidade do ambiente social, político, econômico e institucional em que, durante a elaboração da CF88 e ao longo da década de 1990, e mesmo depois, foram definidas as bases e se desenrolou a primeira fase da regulamentação e implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Talvez mesmo não pudesse ser de outra forma se também considerarmos, como já

mencionado, ainda que como elemento secundário desse caldo de cultura, o fato de que, 25 anos atrás, quando da inscrição do SUS e de suas redes de atenção à saúde na CF88, os métodos e técnicas nas áreas de informação, comunicação e gestão eram ainda muitos limitados para viabilizar os requisitos organizacionais **simultâneos de organização em regiões de saúde, integralidade, integração, unidade, coesão e estabilidade organizacionais em todo o território nacional**, na implantação das redes do SUS.

Por contraste, esta última percepção se confirma quando constatamos, 25 anos depois, que tais métodos e técnicas evoluíram de modo acelerado provocando mudanças revolucionárias, aperfeiçoamentos e simplificações nos métodos de governança, projeto, construção, provisão de recursos, integração, gestão, operação e prestação de serviços das organizações, inclusive aquelas de nível nacional como as Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Entretanto, embora partindo-se da correta crença na importância da distribuição para os municípios das instalações, equipamentos e recursos das ações e serviços públicos de saúde, **a simultânea fragmentação da organização, direção e gestão das redes do SUS em milhares de Secretarias de Saúde estaduais e municipais determinou, inexoravelmente**, a origem dos contínuos e graves problemas de carências, fragmentação, desintegração, instabilidade organizacional e fragilidades do mais importante instrumento da política pública de saúde e deste sistema: suas Redes de Atenção à Saúde.

Na origem de todos esses problemas há um aspecto que, juntamente com a profunda complexidade do federalismo brasileiro, talvez ajude a explicar a imensa dificuldade, já ao longo de 25 anos, para fazermos com que a Organização Atual das redes do SUS consiga convergir para a Organização Necessária dessas redes, em particular para os requisitos de organização em regiões de saúde, integralidade, integração, unidade, coesão e estabilidade organizacionais em todo o território nacional.

Trata-se do fato de que, ao longo da década de 1990 e mesmo depois, no complexo quadro político, institucional e organizacional das políticas públicas em que se desenvolveram a modelagem, regulamentação e implantação das redes do SUS, a Organização Atual dessas redes foi, na verdade, estruturada a partir da noção de “propriedade total e exclusiva” de cada ente federativo sobre as instalações, equipamentos e recursos das ações e serviços públicos de saúde que se encontravam, ou vieram a estar, em seu âmbito administrativo.

Esta noção é perfeitamente compatível com a de municipalismo autárquico e predatório.

Conforme Mendes (2011:167):

“O processo de descentralização realizado por meio da devolução municipalizada, com forte centralização do financiamento na União, e sem a participação primordial dos estados, em um país grande e desigual, consolidou o paradigma da municipalização autárquica no SUS...”

Há que se reconhecerem avanços decorrentes da descentralização pela municipalização autárquica como a radicalização do processo de descentralização, com a consequente entrada em cena de inúmeros atores envolvidos na formulação e execução das ações; a democratização do setor, com ampliação da participação social; a melhoria do acesso às ações e serviços, devido à expansão da cobertura assistencial, tanto na APS, quanto de serviços de atenção secundária e terciária; e o êxito no controle de uma série de doenças evitáveis...

Por outro lado, **essa forma de descentralizar pela radicalidade da municipalização gerou problemas incontestáveis. O paradigma da municipalização autárquica significou um incentivo para a expansão dos serviços municipais de saúde, dado que o enfoque de gestão da oferta que vige no SUS, implicitamente, passou a mensagem de que, para alcançar uma forma superior de gestão municipal, se deveria instituir, no território municipal, o maior número de serviços de saúde possível.** A interpretação predominante na municipalização autárquica, oriunda do enfoque da oferta, é que os serviços a serem ofertados aos cidadãos deveriam ser disponibilizados no município de residência, ao invés de um enfoque de demanda ou de necessidades em que se considera importante garantir o acesso dos cidadãos a serviços de qualidade, independentemente de serem ofertados no município de residência. **Esse incentivo implícito, na realidade federativa brasileira de avassaladora maioria de pequenos municípios, levou a uma extrema fragmentação dos serviços de saúde, do que decorreram significativas deseconomias de escala e de escopo e, como consequência, baixa qualidade dos serviços ofertados pela desobediência de certos princípios fundantes das Redes de Atenção à Saúde (RASs)** (grifos do autor da dissertação).

No mesmo sentido se manifesta Viana *et al.* (2002:499), referindo-se à adoção de mecanismos de articulação federativa ao longo da década de 1990:

“...Por certo, pode-se assegurar que a política de saúde, através de inúmeros instrumentos, **procurou superar contradições e conflitos inerentes às relações intergovernamentais geradas em um quadro de federalismo predatório**[...] (grifos do autor da dissertação)”

Na verdade, a ótica da “propriedade total e exclusiva” sobre os recursos das redes do SUS e a do municipalismo autárquico e predatório se compuseram, criando uma realidade em cuja base estava a competição, por recursos públicos e políticos, entre os diferentes grupos que dominavam as estruturas municipais, agora gozando de autonomia político-administrativa inclusive no interior do processo de construção e implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Foi esta situação que, levada ao seu limite, teve como caso exemplar, já mencionado, o da “secessão” do Município de São Paulo/SP, que no período de 1993 e 2000 desligou-se do SUS e implantou um sistema próprio (Pinto *et al.* 2009a; 2010).

Assim, a partir da essência federativa e municipalista da Organização Atual das redes do SUS, foi tudo isto que permitiu que a autonomia político-administrativa dos entes federativos no interior dessas redes, ao longo do tempo, exercesse seus efeitos em todos os componentes desta organização, e, em consequência, a tornasse necessariamente múltiplo e instável, e, por isso mesmo, forçosamente fragmentadora e desintegradora relativamente a todos aqueles componentes da Organização Necessária dessas redes e à exigência de seus requisitos de organização em regiões de saúde, integralidade, integração, unidade, coesão e estabilidade organizacionais em todo o território nacional.

Por tudo isto, o longo processo, já de 25 anos, de modelagem, normatização e construção das redes do SUS expressa um imenso esforço, ainda que errático e contraditório em muitos momentos, para fazer com que essas redes convirjam para sua Organização Necessária e, principalmente, para os requisitos de organização em regiões de saúde, integralidade, integração, unidade, coesão e estabilidade organizacionais em todo o território nacional.

Como já registrado, disto é prova, entre muitos outros exemplos possíveis, a Portaria GM/MS 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 (SUS)” (Brasil 2010). Esta portaria, **22 anos após a CF88**, “trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) **como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde**”, por meio da definição dos “fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS [Rede de Atenção à Saúde]”.

Voltaremos, mais à frente, às graves consequências de tudo isto para as Redes de Atenção à Saúde do SUS.

3.3.3. A Regionalização Fase II – o aperfeiçoamento legal

3.3.3.1. Marcos normativos e legais

O “*continuum* entre os dispositivos”, bem como “os avanços obtidos gradativamente” (Levcovitz *et al.* 2001) no longo e complexo processo de normatização da Organização

Atual das redes do SUS e na implantação dessas redes, vive um novo e importante ciclo a partir de 2011, com a edição, pelo Governo Federal, de diversas leis e um decreto que redefinem e regulamentam diversos aspectos e instrumentos dessa organização.

Uma das principais características deste novo ciclo é o de trazer para o nível das leis e do decreto aspectos da Organização Atual das redes do SUS que estavam, até então, normatizados por portarias do Ministério da Saúde.

Nesta perspectiva, como registra Lenir Santos, uma das principais formuladoras do decreto e das leis editadas neste novo ciclo, em entrevista sobre o Decreto 7.508 de 28.06.2011, estes atos têm por objetivo (Santos 2011)³³:

- (I) superar a contradição entre a necessária integralidade da atenção à saúde e a autonomia dos entes federativos, para isto transformando o SUS em um “sistema interfederativo” (“gestão compartilhada” entre entes federativos), ao invés de, como era até então, um sistema intergestores (“gestão cooperativa”), equacionando os aspectos alinhados em seguida:
 - ✓ definir um contrato (Contrato Organizativo da Ação Pública – COAP) entre os entes federativos, em “substituição” do Termo de Compromisso de Gestão;
 - ✓ organizar os colegiados interfederativos (comissões intergestores);
 - ✓ definir “o que é uma Região de Saúde”
 - ✓ definir a atenção primária como “a ordenadora do SUS” (ou seja, das redes);
 - ✓ definir “o padrão de integralidade do SUS nacional”, que é “a relação nacional de ações e serviços de saúde” (RENASES);
- (II) superar a prática de regulamentar nacionalmente, por meio de portarias, os conceitos, objetos e aspectos organizacionais das redes do SUS;
- (III) dar maior segurança e estabilidade conceitual, jurídica e organizacional ao conjunto de componentes, regras e procedimentos do que aqui se denomina

³³ Ver também: Santos (2007 e 2010) e Santos & Andrade (2007 e 2011).

Organização Atual³⁴ das redes do SUS.

Sobre a contradição entre a necessária integralidade da atenção à saúde e a autonomia dos entes federativos, e a importância de transformar o SUS e suas redes em um “sistema interfederativo” por meio da implantação de uma “gestão compartilhada” entre os entes federativos, a autora destaca que, na situação conceitual e normativa anterior:

“...os gestores da saúde[...] ficavam centrados nas relações intergestores (transformando o SUS num sistema que parecia descolado do ente federativo, quase um “governo da saúde” apartado do ente federativo e do próprio chefe do Poder Executivo). Tudo era intergestores e jamais interfederativo”.

Relativamente à interdependência entre os entes federativos como base organizativa das redes de saúde, e **derivada da necessária integralidade da atenção à saúde** a autora registra também que:

“...esta interdependência se fundava [se funda] na integralidade da assistência que, nos termos da lei, exigia permanente inter-relação entre os entes federativos no SUS, fazendo nascer, de fato, um sistema interfederativo de saúde. Sendo o SUS um sistema interfederativo, seria imperioso deslindar questões jurídicas importantes, como o interesse local (municipal), a forma de firmar compromissos interfederativos e definir obrigações comuns e individuais dos entes e organizar o SUS regionalmente, conforme determinação constitucional”.

Ainda sobre o mesmo tema, Santos destacou a necessidade de:

“...organizar os colegiados interfederativos (comissões intergestores) que agora tem atribuições definidas e que passa a ser um colegiado do SUS e não do ente federativo que a criou, Ministério da Saúde e secretarias estaduais...”

Quanto à prática de regulamentar nacionalmente por meio de portarias os conceitos, objetos e aspectos organizacionais das redes do SUS, a autora afirma:

“...o Governo Federal, Ministério da Saúde, preferiu o caminho de ir definindo alguns desses conceitos por portarias (uma sempre sucedendo a outra diante da facilidade de sua edição, com conceitos muitas vezes conflitantes), uma maneira equivocada de regulamentar uma lei, uma vez que a portaria deve disciplinar internamente o órgão e não regulamentar a lei”.

As principais iniciativas legais desta fase, ainda em curso, englobam as seguintes normas:

- Portaria GM/MS nº 4.279 de 30.12.2010 (Brasil 2010)³⁵

³⁴ A autora não se utiliza dessa expressão.

³⁵ A inclusão aqui desta portaria decorre do fato de que este documento detalha e agrega, salvo engano de modo inédito, aspectos fundamentais das características estruturais necessárias das Redes de A-

“Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

- Lei 12.401 de 28.04.2011 (Brasil 2011a)
Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 “para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS”
- Decreto 7.508 de 28.06.2011 (Brasil 2011b)
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
- Lei 12.466 de 24.08.2011 (Brasil 2011c)
Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 “para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências”
- Lei Complementar 141 de 13.01.2012 (Brasil 2012a)
“Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências”.
- Resolução CIT/MS 01 de 29.09.2011 (Brasil 2011d)
“Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011”.
- Resolução CIT/MS 01 de 17.01.2012 (Brasil 2012c)
“Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.
- Resolução CIT/MS 02 de 30.01.2012 (Brasil 2012b)
“Dispõe sobre as diretrizes nacionais para a elaboração da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”
- Resolução CIT/MS 03 de 30.01.2012 (Brasil 2012d)
“Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.
- Resolução CIT/MS 04 de 19.07.2012 (Brasil 2012e)

“Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de

transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)”.

- Portaria GM/MS nº 1.580, de 19 de julho de 2012 (Brasil 2012f)
“Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias”.

Principais Componentes Organizacionais Criados pela Normatização desta Fase

Em primeiro lugar é necessário frisar que, como já mencionado, o decreto, as leis, resoluções e portarias referidas, tiveram grande importância ao levar para o nível da lei e do decreto relações, organismos, conceitos e objetos que antes se encontravam normatizados por meio de portarias.

Além disto, por meio de resoluções da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), agora legalmente um organismo do SUS, e de portarias, cuidou-se de normatizar aqueles aspectos do ambiente das redes.

Entretanto, as mencionadas normas também definiram importantes inovações, das quais podemos relacionar como principais:

- o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) entre os entes federativos, em “substituição” do Termo de Compromisso de Gestão;
- a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), um padrão nacional.
- a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), “o padrão de integralidade do SUS nacional”;
- objetivos, metas e indicadores nacionais;
- sistemas nacionais diversos para dar suporte e visibilidade aos objetos do SUS e de suas Redes de Atenção à Saúde (RASs).

3.3.3.2. Progressos e obstáculos

O novo ciclo é ainda muito recente para que se possa tirar conclusões a respeito de sua dinâmica e seus resultados. Entretanto, do ponto de vista das concepções e conceitos da Organização Necessária das redes do SUS, que contraditoriamente também orientam a implantação de sua Organização Atual, cabe reconhecer que se trata de um grande salto de qualidade, profundamente diferente dos ciclos anteriores.

Esta diferença fica bem delimitada pela nova conjugação das noções centrais, que haviam sido estampadas na CF88 em decorrência de um longo processo de lutas políticas e sociais, de que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” e do requisito

fundamental de integralidade da atenção à saúde, resultando na concepção de que o SUS e suas redes constituem um sistema interfederativo, e não intergestores.

A conjugação dessas duas determinações constitucionais fica explícita não apenas nos conteúdos da legislação da nova fase, mas também quando Santos (2011) refere-se aos:

“..entes federativos e sua interdependência no SUS, explicitando que esta interdependência se fundava [se funda] na integralidade da assistência que, nos termos da lei, exigia permanente inter-relação entre os entes federativos no SUS, fazendo nascer, de fato, um sistema interfederativo de saúde”.

Por um lado, a afirmação explícita da importância da **“integralidade da assistência” como elemento básico da organização necessária das redes do SUS** coincide com a noção, sugerida nesta dissertação, de que a imagem-objeto das Redes de Atenção à Saúde do SUS deve ser o que aqui se denomina Organização Necessária dessas redes, da qual a “integralidade da assistência” à saúde é elemento basilar.

Por outro lado, a referência aos “entes federativos e sua interdependência no SUS”, bem como a afirmação de “que esta interdependência se fundava [se funda] na integralidade da assistência que, nos termos da lei, exigia permanente inter-relação entre os entes federativos no SUS, fazendo nascer, de fato, um sistema interfederativo de saúde”, expressa a noção, também sugerida nesta dissertação, de que o Modelo Societário das redes do SUS é, na verdade, um modelo no qual os sócios (União, estados e municípios) são iguais e solidariamente responsáveis pelas redes do SUS e a atenção à saúde em todos os níveis e em todo o território nacional, pois “a saúde é um direito de todos e dever do Estado” (CF88).

Além disto, cabe destacar também como um grande progresso desta nova fase a **assunção explícita da necessidade de padrões nacionais mínimos para os diferentes aspectos das Redes de Atenção à Saúde do SUS**, tais como aqueles que se referem às ações mínimas de saúde a que devem ter direito, de modo universal e equânime e em todo o território nacional, os habitantes deste país. Neste caso, trata-se da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES).

Vale frisar que esta necessidade da adoção e definição de padrões mínimos nacionais, particularmente em ambientes federativos, é uma responsabilidade da União, tal como já foi registrado por diferentes autores, entre estes France (2002a e 2002b) e Banting & Corbett (2003).

Outra importante conquista é a decisão de a União tornar disponíveis sistemas nacionais que ofereçam informações sobre todos esses diferentes aspectos. A importância deste item está, por um lado, no apoio que tais sistemas vão proporcionar aos gestores das redes. Por outro lado, mais importante ainda é que tais sistemas permitirão o controle amplo e democrático dos diferentes aspectos das redes do SUS, bem como o controle da evolução de sua implantação e gestão, inclusive por meio de comparações interregionais.

Entretanto, apesar de todas as inovações e progressos aportados neste novo ciclo, como indicado em seguida permanece a contradição fundamental das redes do SUS. Isto significa, pelas razões alinhadas a seguir, que é possível supor que permanecerão os principais obstáculos que impedem que a Organização Atual das Redes de Atenção à Saúde do SUS possa convergir para a Organização Necessária dessas redes, com seus requisitos de organização em regiões de saúde, integralidade, integração, unidade, coesão e estabilidade organizacionais em todo o território nacional.

3.4. A Permanência da Contradição Principal das Redes do SUS, dos problemas decorrentes e da eterna luta pela Organização Necessária

Por mais significativos que sejam as inovações e progressos aportados pela legislação do atual ciclo de regulamentação das redes do SUS, tais avanços não conseguem superar o principal obstáculo para a implantação de redes de saúde que satisfaçam os requisitos de organização em regiões de saúde, integralidade, integração, unidade, coesão e estabilidade organizacionais em todo o território nacional.

Este obstáculo, que permanece intocado, é a autonomia político-administrativa da União Federal, dos estados, do Distrito Federal e dos cerca de 5.565 municípios no interior da organização das redes do SUS e em todos os componentes de sua Organização Atual.

Isto se comprova pela simples leitura de alguns dispositivos do Decreto 7.508 de 28.07.2011, um dos principais instrumentos legais do novo e atual ciclo de regulamentação.

Neste sentido, em relação ao Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), o mais importante documento quanto às responsabilidades interfederativas na construção das Redes de Atenção à Saúde do SUS, o artigo 2º., II, do Decreto 7.508 registra:

“Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - **acordo de colaboração** firmado

entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde” (grifos do autor da dissertação).

O artigo 33 daquele decreto dispõe:

“O acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde será firmado por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde”.

Já o parágrafo único do artigo 34 diz:

“O Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela CIT”.

Por sua vez, sobre as Comissões Intergestores, o artigo 2º., IV, estabelece:

“Comissões Intergestores - instâncias de **pactuação consensual** entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS” (grifos do autor da dissertação).

Quanto à Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), o mais importante padrão nacional da nova fase de regulamentação e implantação das redes do SUS, e base para o “acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde”, o artigo 23 daquele decreto diz:

“A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios pactuarão nas respectivas Comissões Intergestores as suas responsabilidades em relação ao rol de ações e serviços constantes da RENASES”.

Ora, em primeiro lugar, vê-se aqui que o COAP é um “**acordo de colaboração** entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde” que “resultará da **integração dos planos de saúde dos entes federativos**”.

Ou seja, os “planos de saúde dos entes federativos” **continuam gozando de prioridade** frente as necessidades de integralidade e integração das ações de saúde nos planos regional e nacional.

Em segundo, tem-se que as Comissões Intergestores (Tripartite e Bipartite), onde todos os pactos e acordos interfederativos são negociados e sacramentados, são “instâncias de **pactuação consensual** entre os entes federativos”.

Disto resulta que tanto “as suas [dos entes federativos] responsabilidades em rela-

ção ao rol de ações e serviços constantes da RENASES”, quanto o “acordo de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede interfederativa de atenção à saúde” (o COAP), quanto as respectivas obrigações desses entes de “organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde”, **tudo isto “resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos” e será negociado, por consenso, nas Comissões Intergestores, particularmente na Bipartite e nas Regionais.**

Quem conhece os meandros históricos, processuais e legais, das relações interfederativas na modelagem, regulamentação, construção, provisão de recursos e implantação das redes de saúde do SUS, sabe que essas formulações, em particular a definição fundamental da negociação por consenso, significam a incorporação no Decreto 7.508 e no COAP da **autonomia político-administrativa** da União Federal, dos estados, do Distrito federal e dos cerca de 5.565 municípios, autonomia esta que permanece no interior das redes do SUS e **é um aspecto fundamental da Organização Atual dessas redes.**

Por isto, entre muitas outras, as seguintes consequências negativas para a modelagem, construção, provisão de recursos e implantação das redes de saúde do SUS, decorrentes desta autonomia, continuarão a se manifestar:

(I) Esta autonomia obriga a um imenso e contínuo esforço de negociação, pactuação, renegociação e repactuação. E este esforço continuará.

O mencionado esforço é ainda maior devido à grande instabilidade e transitoriedade dos gestores políticos e operacionais do SUS nos três níveis da federação, atropelados a cada 2 anos por eleições. E tal instabilidade e transitoriedade continuarão a se manifestar.

(II) Como vimos, esta autonomia determina que nos fóruns de negociação das redes do SUS as decisões sejam tomadas por consenso, **o que é condição necessária para minimizar os conflitos interfederativos** e está definida em lei.

Por esta razão, como já registrado, **tais decisões necessariamente adotam**

o que se poderia denominar de mínimo comum em termos de condições e recursos para a construção das redes, principalmente devido aos interesses e capacidades divergentes entre estados, entre estes e seus municípios, e entre municípios. **Isto significa que são sempre minimizadas** as necessidades de condições e recursos para a construção, manutenção e expansão de redes de atenção à saúde **que deveriam ser integrais e integradas**. E esta situação continuará a se repetir.

(III) Devido às características da Organização Atual das redes do SUS, as regras estabelecidas definem que os recursos e esforços necessários para a modelagem, construção, provisão de recursos, manutenção e expansão de redes de atenção à saúde, **são compartilhados entre estados e municípios**.

Deste quadro, deriva uma das consequências mais negativas que decorrem daquela autonomia político-administrativa na construção das redes do SUS, conjugada aos interesses e capacidades divergentes dos entes federativos e à necessidade de minimizar os conflitos interfederativos com as decisões por consenso.

Trata-se do fato de que, mesmo supondo-se que se tenha como garantida pelo processo de regionalização a produção de projetos de rede de saúde extremamente bem elaborados, o que não é verdade, a construção e manutenção das diferentes partes dessas redes, de suas unidades operacionais, bem como sua provisão de recursos humanos e tecnológicos, inclusive de sistemas de informações, continua sendo da responsabilidade concomitante de vários municípios, dos estados, e da União, os quais, abrigados por suas autonomias político-administrativas, e em meio às suas profundas diferenças de interesses, capacidades e recursos, na melhor das hipóteses construirão e proverão de recursos essas partes das redes, e suas unidades, do modo e com a qualidade que lhes for possível por meio de seus complexos e frágeis processos políticos e administrativos.

(IV) A grave situação reportada nos itens anteriores **não só inviabiliza os fluxos adequados de referência e contrarreferência dos pacientes nas redes de saúde** devido às carências permanentes dessas redes, mas também porque esta situação **impede que se constitua um dos principais instrumentos para a construção de uma rede integrada**, seja regional ou nacionalmente: **um sistema de informações integrado**.

Neste sentido, conforme Santos (2011):

“...Contudo, as redes, para existirem, precisam que outros elementos, intrínsecos a ela, como **o sistema nacional de informações integrado** em saúde, a partir da Região de Saúde. **Sem rede, o conceito de sistema do SUS cai por terra e sem sistema de informações integrado não há rede[...]** (grifos do autor da dissertação)”

Por tudo isto, mantida a autonomia político-administrativa da União, estados e municípios no interior das redes do SUS, conjugada aos seus interesses e capacidades divergentes, **continuaremos a conviver com a falta de integralidade das redes, a falta de sistemas de informação integrados e, em consequência, com a falta de integração e com a dramática situação dos famigerados Complexos e Centrais de Regulação do Acesso às Redes de Atenção à Saúde**³⁶. Centrais estas que **atuam como se fossem verdadeiras fronteiras de países independentes** no interior dos Sistemas de Referência e Contrarreferência que deveriam gerir, com normalidade e sem bloqueios, os fluxos de pacientes nas redes. Fronteiras estas **com suas “barreiras” dedicadas à complexa concessão de “vistos de entrada” aos pacientes** que, em demanda por serviços de saúde, **se defrontam com uma oferta desses serviços sempre escassa, desorganizada e instável**^{37,38}.

Quanto a isto, as conclusões da pesquisa “Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso” (Albuquerque *et alli* 2013:234) são expressivas³⁹:

“Verifica-se, a partir dos meios empregados, que a gestão municipal do Recife, no período estudado, **embora tenha se empenhado** na construção de um sistema

³⁶ Ver Brasil (2006b; 2007c; 2008c; 2011e; 2013a) e Albuquerque *et alli* (2013).

³⁷ As enormes carências e desintegração das redes de atenção à saúde, que também se abatem sobre os que demandam e atuam nos Sistemas e Centrais de Regulação do Acesso, contribuíram significativamente para produzir o grave fenômeno conhecido como “judicialização da saúde pública”. Sobre esses temas ver AGU (2012), Farias *et alli* (2011) e Fleury (2012), entre outros.

³⁸ Sobre Listas de Espera, Judicialização da Saúde, Centrais de Regulação e a realidade do SUS e de suas redes 25 anos após sua criação, veja-se também O Globo (2014b), Segundo a notícia, a Defensoria Pública da União moveu ação contra os hospitais federais do município do Rio de Janeiro. “Nos seis hospitais federais do município são 13.851 pacientes em listas de espera”, por até dez anos. Conforme o texto, “Em nota, o Ministério da Saúde informou que negocia com o estado e o município “a gestão das filas e a inclusão de pacientes das unidades federais na lista de regulação controlada pelos gestores locais da saúde””.

³⁹ A pesquisa foi realizada em período anterior ao início (2011) da fase atual dos processos de Regionalização das redes do SUS. Entretanto, como já vimos, embora a Regionalização tenha sido significativamente reforçada nos planos legal, infralegal e de recursos políticos e metodológicos, permanecem as razões centrais que determinam sua instabilidade, bem como a fragmentação e a falta de integralidade e integração das redes do SUS. Por isto as conclusões da pesquisa continuam válidas.

de regulação assistencial, **não conseguiu promover o acesso com equidade e integralidade dos serviços de saúde**, conforme os propósitos iniciais de governo. Os resultados apontam para um distanciamento ou não articulação entre os vértices do triângulo de governo de Matus (1993). Constata-se, portanto, que não basta desenhar bem um projeto, uma vez que todo ator que planeja não tem assegurada sua capacidade de controlar a realidade, pois depende da ação de outros e do investimento em destrezas e habilidades para executar o seu projeto.

No caso do Recife, **tornou-se insustentável a premissa de que, com a regulação assistencial, poder-se-ia disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão**. O município não avançou o suficiente na regulação dos serviços especializados próprios, na produção do conhecimento da capacidade potencial desses serviços e na sua operacionalização. No que se refere à atenção básica, não houve qualificação sistemática do processo de trabalho, no sentido da ampliação dos níveis de resolubilidade e redução da produção de uma procura artificial por serviços especializados. Dessa forma, **a possibilidade de maior acessibilidade organizacional, por meio da regulação assistencial, ficou reduzida a um processo de “adequação” da demanda à oferta da rede complementar SUS Recife que, em alguns casos, foi definida pelos próprios interesses do setor privado, quando a regulação logrou reduzido poder de definição**.

Considera-se que **o processo de regulação assistencial, na esfera dos municípios, dificilmente promoverá acesso com a necessária equidade e integralidade enquanto os gestores municipais de saúde regularem apenas parte dos serviços sob gestão municipal e não atuarem na subordinação dos interesses privados às necessidades assistenciais da população**. Outrossim, a não influência desses gestores na formação de redes de atenção regionais e de pactos efetivos entre entes públicos tem repercutido na garantia do acesso. Além disso, a atitude da gestão estadual de saúde, no que se refere à concentração de recursos e serviços, tem dificultado a construção do processo de regionalização e de consolidação de complexos regulatórios compartilhados entre Estado e Municípios” (grifos do autor da dissertação).

Em outras condições, com a necessária convergência entre demanda e oferta de serviços de saúde, os Sistemas de Referência e Contrarreferência, atualmente precários e instáveis, deveriam estar completamente digitalizados e automatizados e reger com normalidade o fluxo de pacientes^{40,41}.

(V) Uma das mais graves consequências da autonomia político-administrativa da União Federal, dos estados e dos cerca de 5.565 municípios, no interior da Organização Atual das redes do SUS, é **a produção de um cipoal normati-**

⁴⁰ Cabe aqui, como sempre, ressaltar as raras exceções. Para uma experiência indicada por Mendes (2011) como bem sucedida ver, sobre o município de Curitiba, o Programa Mãe Curitibana - PMC (pg. 439) e os “dois sistemas logísticos que são utilizados por todos os programas da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e que são fundamentais para garantir os fluxos e contrafluxos das pessoas usuárias no PMC: o cartão qualidade saúde e o sistema de acesso regulado à atenção” (pg. 447).

⁴¹ Para uma experiência estrangeira bem sucedida ver, em Servicio Andaluz de Salud (2010), o sistema Diraya - Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria, totalmente integrado e digitalizado.

vo, a contínua perda de conhecimento e o eterno recomeçar — provocados pela transitoriedade dos milhares de gestores políticos e técnicos que povoam as redes do SUS, tanto na União, quanto nos estados e municípios.

Como já assinalado, esta transitoriedade dos gestores políticos e técnicos do SUS tem origem no fato de que a cada dois anos ocorrem eleições para prefeitos e vereadores, ou, alternativamente, para presidente da República, Senado e Câmara federais, governadores de estado, do Distrito Federal, deputados distritais e estaduais.

São conhecidos os impactos perversos dessas eleições sobre a estabilidade desses gestores e, conseqüentemente, sobre a estabilidade, a coesão e a continuidade dos processos de modelagem, construção, provisão de recursos, implantação, manutenção e gestão das Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Neste sentido vale também lembrar a grande influência que, nos três níveis da federação, partidos e integrantes dos legislativos têm sobre o processo de povoamento dos órgãos políticos, executivos e técnicos do SUS e de suas redes de atenção à saúde, por força das características de nossos sistemas federativo, partidário e eleitoral, e da existência de milhares de cargos políticos e técnicos de livre nomeação no SUS, na União, nos 26 estados, no Distrito Federal e nos cerca de 5.565 municípios.

Em consequência, **no máximo a cada dois anos o giro eleitoral** faz com que, **potencialmente**, o Ministério da Saúde e 27 secretarias estaduais e distrital de saúde, ou, alternativamente, 5.565 secretarias municipais de saúde, peças-chaves das redes, e os milhares de equipes diretoras das unidades operacionais das Redes de Atenção à Saúde do SUS, **tenham seus titulares substituídos, com a conseqüente substituição dos milhares de assessores e equipes destes.**

Essa permanente transitoriedade dos milhares de gestores políticos e técnicos das redes do SUS é a fonte da grave consequência apontada para as Redes de Atenção à Saúde do SUS e os serviços que estas oferecem: a produção de um cipoal normativo, a contínua perda de conhecimento e o eterno recomeçar.

Esses fenômenos decorrem não só da plethora de normas decorrentes da União Federal, mas também do fluxo contínuo de regulamentos que necessariamente devem ser produzidos pelos estados e municípios devido à Organização Atual das

redes do SUS. Vamos aqui mencionar apenas três situações, relativas à regulamentação federal, que exemplificam as mencionadas consequências.

A primeira refere-se ao fato de que essa permanente transitoriedade dos milhares de gestores políticos e técnicos das redes do SUS, gerou a necessidade de uma espécie de **“curso vestibular” em governança, gestão e operação dessas redes** para esses gestores.

Uma das muitas provas da existência deste “curso vestibular” é o documento de 2003, produzido e editado pelo Ministério da Saúde e o Conass⁴², que tem o sugestivo e esclarecedor título “Para entender a Gestão do SUS” (Brasil 2003), e que foi produzido com o objetivo explícito de “bem receber os novos Secretários de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e **qualificar as suas equipes que assumiram em janeiro de 2003, informando-as e capacitando-as em aspectos essenciais da gestão do sistema**” (cf. seção “Apresentação” daquele documento; grifos do autor da dissertação).

O documento citado era parte do “Progestores, Programa de Informação e Apoio Técnico às Novas Equipes Gestoras Estaduais do SUS de 2003”.

Note-se que foi necessário criar um Programa, ou seja, um conjunto de atividades contínuas e permanentes, destinadas a continuamente reiniciar a formação dos milhares de transitórios gestores que, a cada dois anos pelo menos, se sucedem na gestão e operação da Redes de Atenção à Saúde do SUS.

De acordo com a “Apresentação” do documento, a “implantação e a gestão do SUS **são processos que se desenrolam de forma extremamente dinâmica**. Por isso mesmo, **preparar um roteiro para a sua compreensão é uma tarefa inesgotável**” (grifos do autor da dissertação).

Ainda de acordo com a “Apresentação”, “O CONASS espera, com o Progestores, recepcionar e subsidiar os gestores que assumiram a condução da saúde no período 2003/2006, **organizando e divulgando informações estratégicas para a gestão do SUS e elaborando um programa de apoio técnico às equipes dos Estados e do Distrito Federal**” (grifos do autor da dissertação).

Para que se compreenda a grande complexidade das informações que, periodicamente, os novos milhares de transitórios gestores do SUS e de suas Redes de

⁴² Conselho Nacional de Secretários (estaduais) de Saúde.

Atenção à Saúde (RASs) devem absorver, vale registrar que o livro mobilizou, em sua elaboração, **pelo menos 24 especialistas no SUS**, incluindo os dois responsáveis por sua concepção e organização, todos nomeados na “Apresentação”. Além disto, este conjunto também envolveu “diversos colaboradores, parte deles militantes da pesquisa acadêmica na área de Saúde Pública e parte engajados na implementação de políticas em diversos níveis de gestão do sistema de saúde, de onde trazem uma sólida experiência”.

A confirmar esta perda contínua de conhecimento e o eterno recomeçar, determinados pela transitoriedade dos milhares de gestores políticos e técnicos das Redes de Atenção à Saúde do SUS, temos o fato de que, **10 anos depois**, o Programa Progestores conta com cerca de 13 livros⁴³, que abordam os mais diferentes assuntos sobre o SUS e suas redes, desde “A Gestão Administrativa e Financeira do SUS”, até a “Legislação Estruturante do SUS”.

A segunda situação que exemplifica a produção de um cipoal normativo, a contínua perda de conhecimento e o eterno recomeçar, refere-se ao Pacto Pela Saúde de 2006, já examinado. Esta regulamentação federal, em tese modernizadora e simplificadora da modelagem e normatização das Redes de Atenção à Saúde do SUS, teve como consequência o fato de que, para explicar aos milhares de transitórios gestores políticos e técnicos das redes as diversas portarias que criaram e regulamentam o “Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS” e o próprio “Pacto”, o Ministério da Saúde e o CONASS editaram uma série de Notas Técnicas com o título “Para entender o Pacto pela Saúde” (Brasil 2006c).

Finalmente, o terceiro exemplo da produção de um cipoal normativo, da contínua perda de conhecimento e do eterno recomeçar, refere-se à Portaria MS 2.048, editada pelo Ministério da Saúde em 03 de setembro de 2009, que aprovou o “Regulamento do SUS” (Brasil 2009a).

Ocorreu que a portaria determinava a entrada em vigor imediata do novo Regulamento do SUS. Este regulamento pretendia unificar toda a normatização anterior sobre o SUS em um único instrumento normativo. Para isto, revogou cerca de 118 portarias do próprio Ministério da Saúde e 3 resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

⁴³ Disponível em http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=51&Itemid=21.

Por que “pretendia unificar”? Porque surpreendentemente, em 23 de setembro do mesmo ano 2009, 20 dias depois da edição daquela portaria, o Ministério da Saúde editou a Portaria 2.230 (Brasil 2009b), que, entre outras medidas:

- ✓ Mudou o prazo de entrada em vigor da Portaria MS 2.048 para daí a um ano de sua publicação.
- ✓ Colocou o texto daquela portaria em consulta pública pelo prazo de noventa dias.
- ✓ Restabeleceu a vigência das cerca de 118 portarias do MS e das 3 resoluções do Conselho Nacional de Saúde revogadas pela portaria 2.048.

Aparentemente, a imensa complexidade da tentativa de consolidação do mencionado cipoal normativo impôs o recuo e, salvo engano, impediu que nova tentativa fosse feita.

(VI) Cabe ainda sublinhar outra grave consequência da autonomia político-administrativa dos milhares de entes federativos, incluindo a União federal, no interior da Organização Atual das redes do SUS. Trata-se do fato de que, por esta razão, as Redes de Atenção à Saúde do SUS se transformaram em um complexo quebra-cabeças.

Isto ocorreu não apenas devido às consequências negativas das eleições e da política partidária, mas também devido às milhares de **iniciativas autônomas** da União Federal, estados e municípios para a implementação de alternativas, as mais diversas, de substituição da administração direta do Estado na provisão de recursos humanos e na gestão dos recursos, equipamentos e instalações das redes do SUS. Essas iniciativas se valem de empresas e fundações públicas e privadas, OSs, OSCIPs, cooperativas etc. Definições dessas organizações e alguma literatura sobre sua adoção pelos entes federativos estão em Paraná (2013).

A mais recente e notória dessas iniciativas autônomas é o “Programa Mais Médicos” do Governo Federal (BRASIL 2013c), que, independentemente de seus resultados e das intenções do Governo, passou por cima de estados, municípios e dos processos de Regionalização e provisão adequada das redes do SUS, processos estes pouco antes regulamentados, pelo mesmo Governo Federal, por meio de leis e decretos, como registrado no presente capítulo.

(VII) Finalmente, vale destacar o que talvez seja a mais grave consequência

dessas iniciativas autônomas, decorrentes da autonomia político-administrativa dos milhares de entes federativos, incluindo a União federal, no interior da Organização Atual das redes do SUS. Trata-se do múltiplo vínculo trabalhista dos funcionários das diferentes organizações políticas e Unidades Operacionais das redes do SUS.

A quase “obrigatoriedade” do múltiplo vínculo foi registrada, no Capítulo 1, no item referente ao público-alvo preferencial deste trabalho. Lá alinhamos sua principal consequência, que é a perda da noção de pertencimento desses funcionários às organizações em que atuam, e a decorrente perda da percepção da importância de algo muito mais abstrato, que é a necessidade de uma rede de atenção à saúde nacional, integral e integrada.

Também lá registramos que o múltiplo vínculo resulta da histórica e perversa redução da carga horária das diferentes categorias profissionais conjugada ao aviltamento das remunerações correspondentes. Assinalamos também que este quadro é agravado pela crescente privatização, terceirização e rotatividade na alocação de força de trabalho às diferentes organizações do SUS.

Sobre as origens deste fenômeno, mencionamos, no item referente aos principais componentes organizacionais das redes do SUS decorrentes da fase de “Descentralização Municipalista”, que na promulgação da Lei 8.080 de 1990 a Presidência da República vetou os incisos I e II do artigo 27 desta lei, que criavam, “em cada esfera de governo [...] planos de cargos e salários e de carreira para o pessoal do Sistema Único de Saúde – SUS, da administração direta e indireta, **baseados em critérios definidos nacionalmente**” e determinavam a “**fixação de pisos nacionais de salários** para cada categoria profissional [...]”

Por fim, cabe reconhecer que, como vimos, a legislação da atual Fase 3 do processo de modelagem, normatização e Regionalização das redes do SUS tenta superar esses problemas, ao levar para o nível dos decretos e das leis aspectos fundamentais da modelagem e normatização dessas redes e de seus serviços, em busca de maior estabilidade e segurança para estes.

Entretanto, embora essas medidas possam de algum modo minimizar os graves problemas apontados, a permanência da autonomia político-administrativa dos milhares de entes federativos no interior da Organização Atual das redes do SUS repõe continua-

mente esses obstáculos, tornando assim inviável que a Organização Atual dessas redes possa convergir definitivamente para sua Organização Necessária.

Na verdade, como já registrado, no presente quadro a luta por fazer convergir a Organização Atual das Redes de Atenção à Saúde do SUS para sua Organização Necessária é permanente, mas irrealizável.

Conforme evidenciamos no Capítulo 2, esta luta sem fim está registrada em todo o processo de normatização das redes do SUS, desde a NOB 01/93 (Brasil 1993a), passando pela a Portaria GM/MS 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 (SUS)” (Brasil 2010), até as principais leis e normas que definem a atual Fase 3 do processo de normatização das redes do SUS (Capítulo 3), começando por sua peça mais importante, o Decreto 7.508 de 28.06.2011.

4. A ORGANIZAÇÃO NECESSÁRIA DAS REDES DO SUS: principais características e componentes

Como vimos no Capítulo 2, o presente trabalho se desenvolve na perspectiva de evidenciar as tensões, a contradição, entre a Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde do SUS e sua Organização Atual, cuja estrutura organizacional federativa municipalista está na origem dos graves problemas de carências, fragmentação, desintegração, instabilidade organizacional e fragilidades das redes do SUS e de sua prestação de serviços de saúde.

Nesta ótica, no Capítulo 3 buscamos evidenciar como a estrutura federativa municipalista das redes do SUS, juntamente com a extrema complexidade institucional, política e econômica da dinâmica da sociedade brasileira nas décadas de 1980 e 1990, nas palavras de Campos (2007:306) “simplesmente estendeu para o SUS o modelo de gestão do Estado brasileiro, sem considerar as especificidades do campo da saúde e do SUS em particular”.

É o conjunto integrado dessas “especificidades do campo da saúde e do SUS” que, a nosso ver, definem o que aqui denominamos de Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde (RASs) de sistemas públicos que se propõem a oferecer uma atenção à saúde universal e equânime, tal como o SUS.

Como já assinalado, o objetivo aqui não é o de esgotar esses temas, mas oferecer uma percepção minimamente integrada das principais características e complexidade dessa Organização Necessária, visando contrastá-la com a Organização Atual das redes do SUS.

Assim, neste capítulo vamos examinar, ainda que sucintamente, algumas das principais “especificidades do campo da saúde e do SUS em particular”, as quais, conforme diferentes autores, determinam as características essenciais da Organização Necessária das redes deste sistema.

Com essas perspectivas, a seguir examinamos os conceitos de “Populações e Regiões de Saúde”, “Condições de Saúde”, “Modelos de Atenção à Saúde” e “Gestão da Clínica”.

Por fim, examinamos sinteticamente, no item “A Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde do SUS”, algumas das características principais da Estrutura de Ser-

viços de Saúde que, em função dos conceitos examinados, se faz necessária a essas redes para viabilizar a implantação de uma atenção à saúde integral e integrada.

Antes de avançarmos, vale lembrar que a lógica da abordagem utilizada no presente capítulo, bem como o recurso aos textos aqui referidos, foram fundamentados no item “O tema principal e sua abordagem” do Capítulo 1 do presente trabalho.

4.1. Populações e Regiões de Saúde

Populações, Territórios e Necessidades de Atenção à Saúde

Como vimos no Capítulo 2, as populações e suas necessidades em saúde são a razão de ser dos sistemas públicos de atenção à saúde que, como o SUS, se propõem a oferecer uma atenção à saúde universal, equânime, integral e integrada em todo o território nacional. Por isto são a fonte primária da Organização Necessária desses sistemas e de suas Redes de Atenção à Saúde (RASs).

Por essa razão, a “atenção à saúde baseada na população” é a pedra de toque dessas redes.

A partir desta noção, alguns aspectos estruturadores da concepção de Redes de Atenção à Saúde (RASs) devem ser destacados, com o objetivo de ressaltar as características fundamentais dessas redes e a complexidade envolvida em sua modelagem, projeto, construção e operação:

- (i) a definição dos “territórios/população”, ou seja, os territórios onde vivem as populações servidas pela rede;
- (ii) a população desses territórios “adscrita” às redes, ou seja, “cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociosanitários”; e
- (iii) as necessidades em saúde dessa população, definidas aqui como “condições de saúde estratificadas por graus de riscos”.

Neste sentido, Mendes (2011:85) estabelece que:

“O primeiro elemento das RASs, e sua razão de ser, é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde baseada na população, uma característica essencial das RASs.

[...] as RASs, nos sistemas públicos como o SUS, exigem a construção social de territórios/população.

A população de responsabilidade das RASs vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é **cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociosanitários**. Assim, **a população total de responsabilidade de uma RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação poten-**

tes. Mas não basta o conhecimento da população total: ela deve ser segmentada, subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas.

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

Na concepção de RASs, cabe à APS (Atenção Primária à Saúde) a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora dessas redes (pela APS) se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada, socialmente, em famílias (grifos e parêntesis do autor da dissertação).”

Ao tratar dos Modelos de Atenção à Saúde (p. 252), o mesmo autor afirma que:

“O processo de estratificação da população[...] é central na construção das RASs porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos, segundo uma estratificação de riscos. Sua lógica se apóia num manejo diferenciado, pelas RASs, de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares.

O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é o elemento básico que torna possível romper com a atenção baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a atenção baseada nas necessidades de saúde da população, elemento essencial das Redes de Atenção à Saúde (RASs)”.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS 2010a:37), dois dos atributos essenciais das Redes Integradas de Serviços de Saúde⁴⁴ (RISSs) são:

“Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud

La función principal de las RISS es proveer servicios de salud integrales a la población, de forma equitativa, con el objetivo de promover, preservar y/o recuperar la salud de las personas y de la comunidad en general. Para lograr lo anterior, las RISS deben ser capaces de identificar claramente las poblaciones y las áreas geográficas bajo su responsabilidad. Las RISS que se organizan sobre la base de áreas geográficas definidas tienen una ventaja comparativa mayor con relación a los sistemas que no se organizan sobre una base territorial, particularmente en lo que se refiere a la posibilidad de implementar acciones de salud pública ..., promover acción inter-sectorial e intervenir en los determinantes sociales de la salud. El conocimiento de la población y el territorio a cargo permite elaborar perfiles de la situación de salud de la población, en particular de los grupos más vulnerables, y de su entorno medioambiental [...] facilitando así la planificación actual y futura de los servicios de salud. Implica también la capacidad de elaborar pro-

⁴⁴ Como já mencionado, neste trabalho os conceitos de Redes de Atenção à Saúde (RASs) e de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISSs) são equivalentes.

yecciones sobre las necesidades, demandas y oferta futura de servicios de salud que incluyen el número, composición y distribución del personal de salud; recursos físicos; y programas de salud necesarios para cubrir las necesidades de salud de la población bajo su responsabilidad.”

Sucintamente é possível dizermos, então, que no planejamento e construção das Redes de Atenção à Saúde (RASs) é necessário “identificar claramente las poblaciones y las áreas geográficas bajo su responsabilidad” e “sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud”, o que “permite elaborar perfiles de la situación de salud de la población” que facilitam “la planificación actual y futura de los servicios de salud” e “determinan la oferta de servicios de salud”.

Assim, também nesta abordagem das RASs alguns aspectos se destacam: (i) os territórios em que habitam as populações sob responsabilidade das RASs (ii) as populações sob responsabilidade das RASs; e (iii) as necessidades e perfis das situações de saúde dessas populações, bem como suas preferências em questão de saúde, que devem determinar a oferta de serviços de saúde.

Essa mesma concepção é adotada pelo Ministério da Saúde em Brasil (2010).

É possível, então, assinalarmos que nas três abordagens de Redes de Atenção à Saúde (RASs) apresentadas, a de Mendes, a do Ministério da Saúde e a da OPAS, os aspectos primordiais no planejamento e construção das redes são: (i) os territórios onde vivem as populações servidas pela rede; (ii) a população desses territórios “adscrita” às redes, ou seja, “cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociosanitários; e (i-ii) as necessidades em saúde dessa população, definidas como “condições de saúde estratificadas por graus de riscos”, e as preferências em saúde dessa população.

Além disto, fica evidente que “a atenção à saúde baseada na população” é “uma característica essencial das Redes de Atenção à Saúde (RASs)” (Mendes) e que, por isto, “a oferta de serviços de saúde” deve ser determinada pelo “amplo conhecimento” das “necessidades e preferências em questão de saúde” das populações regionais (OPAS e Mendes).

Regiões de Saúde

Um aspecto fundamental que deve ser destacado sobre as relações entre Redes de Atenção à Saúde (RASs) e Regiões de Saúde refere-se ao fato de que o conceito de Região, como base para a organização dessas redes, está indissolivelmente ligado às

RASs dos Sistemas de Saúde de base nacional, públicos, universais e equânimes.

Kuschnir & Chorny (2010:2308), comparando as redes e sistemas integrados americanos, privados, com as RASs dos Sistemas de Saúde de base nacional, universais e equânimes, afirmam que:

“Para o sistema americano, por exemplo, não se coloca a questão da regionalização – intrinsecamente derivada dos princípios de universalidade e equidade dos sistemas universais. Os sistemas integrados americanos são, por definição, destinados aos que podem pagar, com planos diferenciados que pressupõem acesso desigual e naturalmente não incorporam as questões da saúde pública e da ação sobre os condicionantes sociais, próprias do Estado.

Os sistemas nacionais, ao contrário, não podem abdicar de sua responsabilidade de garantia do direito [à saúde] e a organização de redes regionalizadas constitui-se num instrumento para ampliação do acesso e diminuição de desigualdades” (parêntesis do autor da dissertação).

De acordo com Mendes (2011:176),

“O processo de territorialização constitui-se na definição dos diferentes espaços de vida das populações e que dão a base territorial para a constituição das Redes de Atenção à Saúde (RASs).

Há, pelo menos, duas concepções de territórios sanitários. A primeira, toma-o de forma naturalizada como um espaço físico que está dado e pronto; nessa concepção prevalecem os critérios geofísicos na construção de um território-solo. A segunda, derivada da geografia política e coerente com o conceito de espaço/população, vê o território como um processo em permanente construção, produto de uma dinâmica social nunca acabada, onde se relacionam sujeitos sociais situados na arena sanitária. Essa última visão implica que o território sanitário, além de um território geográfico, é também, território cultural, social, econômico e político”.

Citando Dawson (1964), o autor registra que:

“Na dinâmica das RASs, os territórios são, ademais, espaços de responsabilização sanitária por uma população definida. Dado o princípio da cooperação gerenciada, é necessário que haja uma definição clara dos serviços que a RAS daquele território irá ofertar à sua população adscrita. Isso é que marca, com clareza, as redes construídas com base em espaços/população e a atenção à saúde baseada na população”.

Assim, nos Sistemas de Saúde de base nacional, universais e equânimes, os territórios ou regiões são, simultaneamente, espaços de organização das Redes de Atenção à Saúde (RASs) e de responsabilização dessas redes por sua população, ou seja, espaços de organização das RASs em função das necessidades de saúde e de acesso aos serviços de atenção à saúde das populações dessas regiões.

Conforme Kuschnir *et alli* (2010:52):

“A rede constitui-se num conjunto de unidades de diferentes perfis e funções, organi-

zadas de forma articulada e responsáveis pela provisão integral de serviços de saúde à população de sua região...

[...] A região, por sua vez, é a base territorial e populacional com autossuficiência em serviços até o nível de complexidade definida. A definição da área geográfica e populacional da região depende da área total; do tamanho da população; das formas de distribuição e ocupação da área; além das características sociais e culturais.

A região não é criada pelo sistema de saúde. É, na verdade, o reconhecimento, pelo sistema, de uma região, de um território que existe no mundo real que tem base não apenas territorial e populacional, mas também social e cultural.

Como veremos no item referente à organização necessária das Redes de Atenção à Saúde (RASs), a definição de uma região e o desenho do projeto da rede que atenderá sua população deve conjugar, além dos aspectos mencionados anteriormente, entre outros os seguintes: (i) as diversas características dessa população, como seus perfis epidemiológicos, econômicos, sociais e culturais; (ii) a necessária acessibilidade dos cidadãos aos recursos de atenção à saúde ofertados pela rede em todos os níveis de complexidade; (iii) o ambiente geográfico, os meios de transporte necessários e aqueles disponíveis; (iv) as necessidades e possibilidades de concentração ou desconcentração de unidades de saúde e de seus perfis assistenciais, em função de variáveis técnicas e econômicas (Kuschnir *et alli* 2010; Mendes 2011).

Ainda de acordo com Kuschnir *et alli* (2010),

“[...] A região pode abranger várias cidades, englobar apenas uma cidade e sua periferia, ser parte de uma cidade e pode (ou não) coincidir com a divisão administrativa e política do país ou Estado. Pela sua diversidade, não é possível pensarmos em um único tamanho/tipo de região para todo o país[...] (p. 52)”

Assim, por tudo que já foi exposto sobre a importância das populações e regiões para as RASs, e as complexas características dessas duas variáveis,

“[...] um dos maiores desafios ao planejamento e à programação [da rede de serviços de saúde para uma região] é a questão de como traduzir o conceito de rede de serviços para uma determinada realidade[...] (p. 53; acréscimos do autor da dissertação)”

Em consequência, no caso brasileiro, conforme esses autores, para que a Organização Atual das Redes de Atenção à Saúde do SUS, devido ao seu modo de organização federativo e municipalista, não continue a impor obstáculos praticamente intransponíveis ao planejamento e construção integrais e integrados dessas redes,

“[...] **a única forma de construirmos redes** é considerarmos o território da região como efetivamente comum e a responsabilidade pela saúde dessa população como coletiva. Ou seja, para o planejamento e a implementação de redes regionais **é fundamental que inicialmente apaguemos as fronteiras intermunicipais e que elaboremos o pla-**

no de forma conjunta, com a participação de todos os gestores dos diversos distritos e municípios da região [além daqueles do(s) estado(s) envolvidos e da União Federal][...] (p. 79; grifos e acréscimos do autor da dissertação)”.

Como vimos no capítulo anterior, devido à autonomia político-administrativa dos entes federativos no interior das Redes de Atenção à Saúde do SUS, é praticamente impossível apagar as fronteiras intermunicipais, as fronteiras entre municípios e estados, e entre estes e a União Federal, em prol da construção de redes de saúde integrais, integradas, resolutivas e de qualidade.

4.2. Condições de Saúde

4.2.1. O conceito e os tipos de Condições de Saúde

A noção de Condições de Saúde é de grande importância, tanto para a identificação das necessidades em saúde das populações adscritas a uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), como para a correta definição das intervenções necessárias sobre essas populações e suas condições de saúde (os Modelos de Atenção à Saúde). Em consequência, tal noção é muito importante para o desenho da Estrutura de Serviços de Saúde das Redes de Atenção à Saúde (Estrutura Operacional das RASs em Mendes 2011).

Segundo Mendes (2011:25),

“As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde.

A categoria condição de saúde é fundamental na atenção à saúde porque [...] só se agrega valor para as pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento a ela.

Tradicionalmente trabalha-se em saúde com uma divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis. Essa tipologia é largamente utilizada, em especial pela epidemiologia. É verdade que essa tipologia tem sido muito útil nos estudos epidemiológicos, mas, por outro lado, **ela não se presta para referenciar a organização dos sistemas de atenção à saúde**. A razão é simples: do ponto de vista da resposta social aos problemas de saúde – o objeto dos sistemas de atenção à saúde – certas doenças transmissíveis, pelo longo período de seu curso natural, estão mais próximas da lógica de enfrentamento das doenças crônicas que das doenças transmissíveis de curso rápido. Por isso, tem sido considerada uma nova categorização, com base no conceito de condição de saúde, desenvolvida, inicialmente, por teóricos ligados aos modelos de atenção às condições crônicas[...] e depois acolhida pela Organização Mundial da Saúde [...] : as condições agudas e as condições crônicas. (grifos do autor da dissertação)”.

Já no início do século 21 a OMS (2003:15,16) apontava as Condições Crônicas como o desafio da saúde neste século:

“As condições crônicas constituem problemas de saúde que requerem gerenciamento contínuo por um período de vários anos ou décadas. Vistas sob essa perspectiva, as “condições crônicas” abarcam uma categoria extremamente vasta de agravos que aparentemente poderiam não ter nenhuma relação entre si. No entanto, doenças transmissíveis (e.g., HIV/AIDS) e não transmissíveis (e.g., doenças cardiovasculares, câncer e diabetes) e incapacidades estruturais (e.g., amputações, cegueira e transtornos das articulações) embora pareçam ser díspares, incluem-se na categoria de condições crônicas.

As condições crônicas apresentam um ponto em comum: elas persistem e necessitam de um certo nível de cuidados permanentes...”.

...O termo “condições crônicas” abarca tanto as “doenças não transmissíveis” (e.g., doenças cardíacas, diabetes, câncer e asma) quanto inúmeras transmissíveis, como o HIV/AIDS,[...] A tuberculose (TB) é outro exemplo de doença infecciosa ou transmissível que também pode ser tratada graças aos progressos da medicina. Embora a maioria dos casos de tuberculose possam ser curados, um determinado número de pessoas a gerenciam por mais tempo com o auxílio do sistema de saúde[...].

...A inclusão de distúrbios mentais e deficiências físicas alarga os conceitos tradicionais de condição crônica. A depressão e a esquizofrenia são exemplos de distúrbios que, via de regra, se tornam crônicos. Eles aumentam e diminuem em termos de gravidade e demandam monitoramento e gerenciamento de longo prazo. [...] Deficiências físicas ou “problemas estruturais”, incluindo a cegueira ou amputação, são quase sempre causados por falta de prevenção ou de gerenciamento das condições crônicas. Independente da causa, elas constituem-se condições crônicas e exigem mudanças no estilo de vida e gerenciamento da saúde por um período de tempo. Problemas de saúde constantes, decorrentes de causas distintas, incluem-se na categoria das condições crônicas também.

...As condições crônicas, então, abarcam:

- condições não transmissíveis;
- condições transmissíveis persistentes;
- distúrbios mentais de longo prazo;
- deficiências físicas/estruturais contínuas”.

É particularmente do ponto de vista de seus ciclos de desenvolvimento e duração que as condições agudas e crônicas se diferenciam, e são esses os principais critérios para a definição dos componentes desses dois subconjuntos. Por isto as condições crônicas englobam muito mais do que as doenças crônicas não transmissíveis e as transmissíveis de longo curso, incluindo muitas situações de saúde do ciclo de vida humano que exigem um acompanhamento de longa duração, como a gravidez e o perinatal.

Entretanto, condições de saúde agudas e crônicas tem pontos de contato, como, por exemplo, a possibilidade de uma condição aguda dar origem a uma condição crônica, ou uma condição crônica apresentar períodos de agudização de uma de suas manifestações.

Compreender corretamente esses aspectos e os tipos de organização, recursos e respostas que exigem das Redes de Atenção à Saúde (RASs) é, assim, fundamental para a adequada compreensão da grande complexidade dessas redes, de seus projetos, cons-

trução, provisão de recursos, manutenção e prestação de serviços de saúde.

De acordo com Mendes (2012:32,33):

“As condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar; ao contrário, as condições crônicas têm um período de duração mais ou menos longo, superior a três meses, e nos casos de algumas doenças crônicas, tendem a se apresentar de forma definitiva e permanente[...]

As condições agudas, em geral, são manifestações de doenças transmissíveis de curso curto, como dengue e gripe, ou de doenças infecciosas, também de curso curto, como apendicite, ou de causas externas, como os traumas. As doenças infecciosas de curso longo, como tuberculose, hanseníase, HIV/Aids são consideradas condições crônicas.

Os ciclos de evolução das condições agudas e crônicas são muito diferentes.

As condições agudas, em geral, iniciam-se repentinamente; apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada; são de curta duração; e respondem bem a tratamentos específicos, como os tratamentos medicamentosos ou as cirurgias. Existe, tanto para os médicos quanto para as pessoas usuárias, uma incerteza relativamente pequena. O ciclo típico de uma condição aguda é sentir-se mal por algum tempo, ser tratado e ficar melhor. A atenção às condições agudas depende dos conhecimentos e das experiências profissionais, fundamentalmente dos médicos, para diagnosticar e prescrever o tratamento correto. Tome-se, como exemplo de condição aguda, uma apendicite. Ela começa rapidamente, com queixas de náusea e dor no abdômen. O diagnóstico, feito no exame médico, leva a uma cirurgia para remoção do apêndice. Segue-se um período de convalescença e, depois, em geral, a pessoa volta à vida normal com a saúde restabelecida.

As condições crônicas, especialmente as doenças crônicas, são diferentes. Elas se iniciam e evoluem lentamente. Usualmente, apresentam múltiplas causas que variam no tempo, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Normalmente, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas. Ao contrário das condições agudas nas quais, em geral, pode-se esperar uma recuperação adequada, as condições crônicas levam a mais sintomas e à perda de capacidade funcional. Cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso dos sintomas: condição crônica leva a tensão muscular que leva a dor que leva a estresse e ansiedade que leva a problemas emocionais que leva a depressão que leva a fadiga que realimenta a condição crônica.

Muitas condições agudas podem evoluir para condições crônicas, como certos traumas que deixam sequelas de longa duração, determinando algum tipo de incapacidade que exigirá cuidados, mais ou menos permanentes, do sistema de atenção à saúde. É o caso de certos problemas motores pós-traumáticos. Por outro lado, as condições crônicas podem apresentar períodos de agudização e, nesses momentos discretos, devem ser enfrentadas pelo sistema de atenção à saúde, na mesma lógica episódica e reativa das condições agudas, o campo das redes de atenção às urgências e às emergências.

As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, etc.), ao envolverem doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/Aids, doenças respiratórias crônicas, etc.), condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção perinatal, às puérperas e aos recém-natos); condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura); distúrbios mentais de longo prazo; deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes, etc.); doenças metabólicas; doenças bucais; as condições de saúde caracterizadas como enfermidades (illnesses)

em que há sofrimento, mas não doenças que se inscrevam nos padrões biomédicos”.

4.2.2. Condições Crônicas e Agudas: causas

Outro importante aspecto relativo a essas condições de saúde refere-se às suas causas. Compreender as dimensões dessas causas é de suma importância para que se visualize adequadamente seu profundo impacto na vida em sociedade e na saúde humana, bem como o tipo de reformulação necessária nos sistemas de saúde e nos serviços de saúde por estes oferecidos.

Os principais fatores apontados como causas da progressão das doenças crônicas, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, são a transição demográfica, a acelerada urbanização, as mudanças nos padrões de consumo, nos estilos de vida e nas estratégias mercadológicas.

Quanto à transição demográfica, a OMS (2002:19) registra:

“Em todo o mundo, as taxas de natalidade estão recuando, as expectativas de vida avançando e as populações envelhecendo[...] Além disso, neste último século, as expectativas de vida tiveram um aumento de cerca de 30 a 40 anos em países desenvolvidos. Essa longevidade deve-se, em parte, aos avanços científico e tecnológico, bem como a uma melhora substancial nos parâmetros da saúde pública ao longo dos últimos 100 anos.

Uma consequência dessa mudança demográfica é o aumento concomitante na incidência e prevalência de problemas crônicos de saúde. Enquanto há uma queda na taxa de mortalidade infantil e um aumento nas expectativas de vida e na possibilidade de exposição ao risco de problemas crônicos, as condições crônicas tornam-se mais expressivas”.

Sobre o mesmo tema, Mendes (2011:28), afirma:

“Em todo o mundo, as taxas de fecundidade diminuem, as populações envelhecem e as expectativas de vida aumentam. Isso leva ao incremento das condições crônicas pelo aumento dos riscos de exposição aos problemas crônicos. O que muda em relação aos países é a velocidade com que esse processo é desenvolvido. Há que se ressaltar que há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica[...] A princípio, o declínio da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e beneficia os grupos mais jovens que passam a conviver com fatores de risco associados às doenças crônicas e, à medida que cresce a população idosa, incrementando a expectativa de vida, as doenças crônicas tornam-se mais prevalentes”.

Referindo-se às relações entre doenças crônicas como as cardiopatias, a doença cerebro-vascular, o diabetes, o HIV/AIDS, o câncer, e as mudanças nos estilos de vida e padrões de comportamento, a OMS (2002:20) nos diz:

“Em verdade, o estilo de vida e o comportamento são elementos determinantes para essas patologias, pois podem prevenir, iniciar, ou agravar esses problemas e as compli-

cações decorrentes. Comportamentos e padrões de consumo não saudáveis implicam de forma predominante no surgimento das condições crônicas. Tabagismo, ingestão excessiva de alimentos não saudáveis, sedentarismo, abuso de bebidas alcoólicas, práticas sexuais de alto risco e estresse social descontrolado são as principais causas e fatores de risco para as condições crônicas. Infelizmente, o mundo está passando por uma transformação incontestável em virtude desses comportamentos prejudiciais à saúde”.

Outra duas causas apontadas pela OMS (2002:21) para a tendência ao predomínio das condições crônicas são a urbanização acelerada e as estratégias de marketing em nível mundial.

“O termo “doenças da urbanização” é atribuído às condições crônicas e surgiu em função do crescente número de pessoas que migram para áreas urbanas. Entre 1950 e 1985, a população urbana dos países industrializados dobrou e a dos países em desenvolvimento quadruplicou. Os centros urbanos de nações em desenvolvimento, que já possuem conjuntos de habitações populares ilegais onde vivem populações carentes, contribuíram com um adicional de 750 milhões de pessoas entre os anos de 1985 e 2000. O problema desse crescimento acelerado é a falta de meios e serviços para o “pobre urbano”, os quais são essenciais para uma boa saúde. Essas deficiências envolvem habitação, infra-estrutura (e.g., estradas, água encanada, saneamento, sistema de esgoto e eletricidade), além de serviços básicos (e.g, coleta de lixo doméstico, atenção primária à saúde, educação e serviços emergenciais de resgate).

Paralelo à migração populacional do campo para as cidades, verifica-se um extraordinário aumento na propaganda e promoção de produtos nocivos à saúde nos países em desenvolvimento. Essas regiões são mercados atrativos para as indústrias que comercializam produtos prejudiciais à saúde. Indústrias de cigarro, álcool e alimentos identificaram países em que as regulamentações nacionais e os programas de educação em saúde pública são ineficazes ou, em muitos casos, inexitem. Países vulneráveis são os principais alvos para estratégias de marketing criativas que, em muitos casos, parecem tirar proveito da privação social. A combinação de privação e exposição precoce a produtos prejudiciais afigura-se especialmente rentável para empresas que comercializam matérias-primas nocivas. Infelizmente, o sucesso dessas campanhas de marketing é proporcional à devastação que acarretam à saúde, à economia e ao bem-estar social dos países e suas populações”.

Sobre esses mesmos aspectos e suas relações com a acelerada urbanização, as mudanças nos padrões de consumo e estratégias mercadológicas, Mendes (2011:29), revela que:

“A modificação dos padrões de consumo repercute nos comportamentos e nos estilos de vida. Padrões de consumo e de comportamentos não saudáveis vão se impondo e incrementando as condições crônicas. Dentre eles, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o sexo inseguro, a inatividade física, o excesso de peso, a alimentação inadequada e o estresse social.

Entre 1950 e 1985, a população urbana dos países desenvolvidos duplicou e dos países em desenvolvimento quadruplicou. Esse fenômeno da urbanização, de um lado, acelerou a transição demográfica, mas, de outro, pressionou os serviços de saúde, especialmente por parte das populações pobres que vivem nas periferias dos grandes centros urbanos. Por isso, menciona-se que as condições crônicas são doenças da urbanização.

Paralelamente ao processo de urbanização, desenvolveram-se estratégias mercado-

lógicas eficazes de produtos nocivos à saúde, especialmente aqueles provenientes das indústrias de cigarro, álcool e alimentos industrializados. As estratégias mercadológicas assentam-se nas privações sociais e combinam privação social e exposição precoce aos produtos prejudiciais à saúde.

Como resultado da ação concomitante desses fatores determinantes, as condições crônicas aumentam em ritmo acelerado”.

4.2.3. Condições de Saúde no Brasil

Em nosso país, essas mesmas causas e resultados das condições crônicas também estão presentes, entretanto com alguns agravantes em relação aos países desenvolvidos, em particular no que se refere à situação epidemiológica.

No caso brasileiro a transição demográfica se dá de modo acelerado.

De acordo com Mendes (2011 e 2012),

“No Brasil, o percentual de jovens de 0 a 14 anos que era de 42% em 1960 passou para 30% em 2000 e deverá cair para 18% em 2050. Diversamente, o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos que era de 2,7% em 1960 passou para 5,4% em 2000 e deverá alcançar 19% em 2050, superando o número de jovens.

Uma população em processo rápido de envelhecimento significa um crescente incremento relativo das condições crônicas, em especial das doenças crônicas, porque elas afetam mais os segmentos de maior idade. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, PNAD 2008, demonstrou que na medida em que a idade avança aumentam as doenças crônicas, de tal modo que 79,1% dos brasileiros de 65 ou mais anos relatam ser portadores de um grupo de doze doenças crônicas. Ademais, 31,3% da população geral, 60 milhões de pessoas, têm essas doenças crônicas e 5,9% dessa população total tem três ou mais dessas doenças crônicas. Mendes (2012:34)”

Segundo esse autor, também no Brasil as demais causas da prevalência das condições crônicas se manifestam:

“Esse predomínio relativo das condições crônicas tende a aumentar em função da produção social de condições crônicas, a partir de uma prevalência significativa e, em geral, crescente, dos determinantes sociais da saúde proximais ligados aos comportamentos e aos estilos de vida, como tabagismo, inatividade física, excesso de peso, uso excessivo de álcool e outras drogas e outros. (Mendes 2012:36)”

“Observa-se, no Brasil, um processo de transição nutricional que resultou de mudanças substanciais na alimentação, com a crescente oferta de alimentos industrializados, facilidade de acesso a alimentos caloricamente densos e mais baratos e redução generalizada da atividade física. Essa transição nutricional favorece o incremento das condições crônicas. (Mendes 2011:39)”

Por tudo isto,

“A predominância relativa das mortes por doenças crônicas manifesta-se em todas as regiões do País: 65,3% no Norte, 74,4% no Nordeste, 69,5% no Centro-Oeste, 75,6% no Sudeste e 78,5% no Sul. (Mendes 2012:36)”

Assim,

“[...] pode-se afirmar que[...] o mundo e o Brasil apresentam um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição das condições de saúde, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento das condições crônicas. Ou seja, manifesta-se, universalmente, o fenômeno da transição epidemiológica.

Entende-se por transição epidemiológica as mudanças ocorridas, temporalmente, na frequência, na magnitude e na distribuição das condições de saúde e que se expressam nos padrões de morte, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, acontecem, concomitantemente, com outras transformações demográficas, sociais e econômicas[...] (Mendes 2011:43)”

Entretanto, é importante destacar que a transição epidemiológica, no caso dos países em desenvolvimento e do Brasil, se dá de modo diverso daquele ocorrido nos países desenvolvidos, acarretando o que se convencionou definir como “tripla carga de doenças”. Tais diferenças são importantes não apenas quanto aos prejuízos para a saúde das populações dos países em desenvolvimento, mas também devido às transformações necessárias que requerem de seus sistemas de saúde.

Assim é que:

“Nos países desenvolvidos a transição fez-se, classicamente, por etapas sequenciais[...] Contudo, essa transição, nos países em desenvolvimento em geral, e no Brasil, em particular, apresenta características específicas em relação aos países desenvolvidos, ao se superporem uma agenda tradicional e uma nova agenda da saúde pública.

...Essa situação epidemiológica singular dos países em desenvolvimento – que se manifesta claramente no Brasil – define-se por alguns atributos fundamentais: a superposição de etapas, com a persistência concomitante das doenças infecciosas e carenciais e das doenças crônicas; as contratransições, movimentos de ressurgimento de doenças que se acreditavam superadas, as doenças reemergentes como a dengue e febre amarela; a transição prolongada, a falta de resolução da transição num sentido definitivo; a polarização epidemiológica, representada pela agudização das desigualdades sociais em matéria de saúde; e o surgimento das novas doenças ou enfermidades emergentes...

Essa complexa situação epidemiológica tem sido definida, recentemente, como tripla carga de doenças, porque envolve, ao mesmo tempo: primeiro, uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; segundo, o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada; e terceiro, o forte crescimento da violência e das causas externas[...] (Mendes 2011:44)”

4.2.4. Condições de saúde e necessidade de mudanças nos Sistemas de Saúde

Como se registra no último item deste capítulo, a necessidade da mudança de paradigmas na Atenção à Saúde e na organização dos Sistemas de Atenção à Saúde, até então dominados pela atenção às Condições Agudas, ficou bem estabelecida ao longo da década de 1990, a partir da percepção da tendência ao predomínio das Condições Crôni-

cas de Saúde no mundo, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento.

Neste passo, entretanto, avançaremos para o exame dos Modelos de Atenção à Saúde, uma vez que seu desenvolvimento se deveu à necessidade de dotar os sistemas de atenção à saúde dos métodos e recursos necessários para a abordagem específica, embora simultânea e integrada, tanto das Condições Crônicas como das Condições Agudas.

4.3. Modelos de Atenção à Saúde

4.3.1. Origens dos Modelos de Atenção à Saúde

A partir do estabelecimento da importância e da necessidade do conceito de Condições de Saúde, e sua partição em Condições Crônicas e Agudas com tendência ao domínio das Condições Crônicas, tanto a OMS (2002), como a OPAS (2010b) e Mendes (2011) apontam a necessidade de que seja superado o paradigma da organização dos sistemas de saúde voltados para a atenção às condições agudas.

É nesta perspectiva que, ao longo da história dos Sistemas de Atenção à Saúde, surgem os Modelos de Atenção à Saúde.

Assim é que, no início deste século, a Organização Mundial da Saúde (2002:5) apontava para o fato de que:

“Atualmente, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que, no ano 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devem advir de problemas crônicos. Nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde com encargos muito elevados para a sociedade, o governo e os familiares. Até hoje, em todo o mundo, os sistemas de saúde não possuem um plano de gerenciamento das condições crônicas; simplesmente tratam os sintomas quando aparecem”.

E, por essas razões, registrava que:

“Ao reconhecer a oportunidade de melhorar os serviços de saúde para as condições crônicas, a OMS lançou o projeto Cuidados Inovadores para Condições Crônicas. Durante a primeira fase deste projeto, as melhores práticas e os modelos de atenção à saúde com custos acessíveis foram identificados, analisados e compendiados. Diversos especialistas, organizações e instituições internacionais participaram do processo”.

De acordo com A Organização Panamericana da Saúde (2010b:21),

“A crise contemporânea dos sistemas de saúde, provocada especialmente pelas dificuldades em lidar com o incremento vertiginoso das condições crônicas, levou a buscar soluções por meio da construção de modelos de atenção às condições crônicas. O mode-

lo seminal, reelaborado e aplicado em diferentes países, é o modelo de atenção crônica...

A expansão do modelo de atenção crônica, perseguido pelo modelo dos cuidados inovadores para condições crônicas, deriva de sua inserção em um contexto político mais abrangente que envolve as pessoas usuárias e suas famílias, as comunidades e as organizações de saúde. Por isso, propõe-se a melhorar a atenção à saúde em três níveis: o nível micro, os indivíduos e as famílias; o nível meso, as organizações de saúde e a comunidade; e o nível macro, as macropolíticas de saúde...

Nesta perspectiva, Mendes (2011) afirma que:

“A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas, levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde. Por isso, eles têm sido dirigidos, principalmente, ao manejo das condições crônicas. Mas podem-se considerar, também, modelos de atenção às condições agudas. Esses modelos vão variar em função da natureza singular dessas condições de saúde[...] (p. 209).

Observa-se, em todos os países, um aumento constante na demanda por serviços de urgência e uma consequente pressão, muitas vezes insuportável, sobre as estruturas e os profissionais de saúde. A urgência é a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de atenção à saúde. Sempre haverá uma demanda por serviços maior que a oferta e o aumento da oferta sempre acarreta aumento da demanda, criando-se, assim, um sistema de difícil equilíbrio. A solução tem sido a construção de alternativas de racionalização da oferta ou estratégias regulatórias”[...] (p. 210).

Assim, os Modelos de Atenção à Saúde se desenvolveram a partir da necessidade do enfrentamento sistêmico e integrado das Condições de Saúde, tanto as Crônicas como as Agudas.

Como veremos no último item deste capítulo, essas alternativas de racionalização da oferta de serviços de atenção à saúde implicam em profundas mudanças nos métodos de atenção à saúde e nas formas de organização dos sistemas de saúde, em particular com o advento dos Modelos de Atenção às Condições Crônicas e os Modelos de Atenção às Condições Agudas.

4.3.2. Modelos de Atenção à Saúde – o conceito

Mais à frente vamos detalhar cada tipo de Modelo de Atenção à Saúde necessário em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) e seus diferentes componentes. Em seguida, no próximo grande item deste capítulo, vamos examinar a Gestão da Clínica e suas tecnologias, necessárias para viabilizar a implementação dos Modelos de Atenção à Saúde. Finalmente, no último grande item do capítulo, examinaremos a Estrutura de Serviços de Saúde das Redes de Atenção à Saúde do SUS necessária para a implementação desses modelos.

Inicialmente, entretanto, vamos explorar a definição de Mendes para o conceito de Modelo de Atenção à Saúde e as diversas partes desta definição.

A importância de explorarmos esta definição se prende ao fato de que ela sintetiza um amplo conjunto de elementos dos Modelos de Atenção à Saúde, bem como contém diversas indicações sobre a importância central desses modelos como o “mecanismo” que permite traduzir as necessidades de atenção à saúde de uma população na Estrutura de Serviços de Saúde que supra aquelas necessidades (Estrutura Operacional da RAS em Mendes).

Mais especificamente, a definição sintetiza os principais aspectos dos Modelos de Atenção à Saúde e o fato de que estes definem e detalham os serviços de saúde que as Redes de Atenção à Saúde (RASs) devem oferecer a cada população, ou, em outras palavras, definem que serviços de saúde as RASs deverão executar e como deverão executá-los.

Este “papel” dos Modelos de Atenção à Saúde está registrado por Mendes (2011:209) no trecho inicial da definição desses modelos: “O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RASs)...”.

Assim, das características necessárias dos serviços de saúde previstos pelos modelos pode-se, então, deduzir as características da Estrutura de Serviços de Saúde que devem ter as redes de atenção que se propõem a oferecê-los, estrutura esta que Mendes (2011: 86) denomina Estrutura Operacional das RASs.

O exame detalhado da definição de Mendes para Modelo de Atenção à Saúde nos permitirá uma melhor compreensão de seus dois tipos, o de atenção às condições crônicas e o de atenção às condições agudas.

Entretanto, em função da estrutura de abordagem adotada neste capítulo⁴⁵, o significado da noção de que “O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RASs)...” será explorado em mais detalhes apenas no último grande item do capítulo, quando examinaremos a Estrutura de Serviços de Saúde necessária às Redes de Atenção à Saúde (RASs) para a implementação desses modelos.

⁴⁵ A lógica desta abordagem foi fundamentada no item “O tema principal e sua abordagem” do Capítulo 1 do presente trabalho.

De acordo com Mendes (2011:209),

“O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade”.

De modo a examinarmos com mais detalhes esta definição optamos por segmentá-la. Assim, nos parágrafos seguintes seu texto é desdobrado em suas partes constitutivas e cada parte da definição sob comentário está grifada:

(I) “O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, **articulando, de forma singular, as relações entre...**”

A expressão “de forma singular” significa que existem diversos Modelos de Atenção à Saúde, cada um articulando de modo específico (singular) os três componentes desses modelos destacados a seguir.

(II) “O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre **a população e suas subpopulações estratificadas por riscos,...**”

Aqui temos, como já mencionado, o principal componente, o principal objeto dos Modelos de Atenção à Saúde e das RASs, sua clientela, a clientela das redes de atenção. Não uma clientela amorfa, mas, como vimos, uma clientela agrupada por populações e subpopulações estratificadas por Condições de Saúde e riscos, uma clientela claramente identificada e cadastrada que deve estar adscrita às redes por regiões de saúde e pelas quais as redes devem se responsabilizar.

(III) “O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, **os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde...**”

Como veremos, com a expressão “os focos” o autor nos fala de alguns aspectos importantes, relativos às populações, subpopulações e seus indivíduos, aspectos estes que são os objetos (os focos) “das intervenções do sistema de atenção à saúde”.

Tais aspectos são: as características individuais; os hábitos e estilos de vida; as relações sociais e ambientes comunitários; as condições de vida e de trabalho; as condi-

ções socioeconômicas, culturais e ambientais gerais; e as condições de saúde específicas das populações e indivíduos, estratificadas por riscos (Mendes 2011:244 e ss).

(IV) “O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde **e os diferentes tipos de intervenções sanitárias,...**”

Os “diferentes tipos de intervenções sanitárias” referem-se ao detalhamento de cada Modelo de Atenção à Saúde em termos dos procedimentos específicos a serem adotados nas diferentes “intervenções do sistema de atenção à saúde” que se fazem necessárias, em função da **população e suas subpopulações estratificadas por riscos** e dos **focos** de cada um dos **diferentes tipos de intervenções sanitárias**. Como também veremos, esses procedimentos tanto podem ter o objetivo de atingir a população como um todo, por exemplo na promoção da saúde, como podem ser procedimentos clínicos específicos de prevenção, cura/cuidado, reabilitação ou palição, aplicados a cada Subpopulação estratificada por Condições de Saúde Específicas e Riscos. Tais procedimentos são detalhados em: (I) diretrizes clínicas, que incluem as linhas-guia e os protocolos clínicos; (II) Gestão da Condição de Saúde; (III) Gestão de Caso (Mendes 2011:244 e ss; 283 e ss).

(V) “O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, **definido [o modelo de atenção] em função da visão prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade**” ([] do autor da dissertação).

Neste último trecho o autor nos diz que os Modelos de Atenção à Saúde são definidos socialmente e historicamente, pois as doenças e Condições de Saúde, bem como os métodos e recursos técnicos para intervenção sobre estas, também o são.

4.3.3. Os Modelos de Atenção às Condições Agudas

Os principais objetivos dos Modelos de Atenção às Condições Agudas são:

- (I) determinar **o mais rapidamente possível** os tipos de agravos do paciente; a gravidade desses agravos (nível de risco envolvido de morte ou prejuízos à saúde) e o respectivo tempo-alvo máximo para o atendimento; o melhor ponto de atenção para aqueles agravos e sua gravidade;
- (II) fazer com que o paciente chegue, no tempo-alvo, ao ponto de atenção necessário.

De acordo com a OPAS (2010b:23),

“Os modelos de atenção às condições agudas são construídos para atender na lógica do agudo que tem sua variável-chave no tempo resposta do sistema de saúde. Na experiência internacional esses modelos operam a partir de algum tipo de triagem que determina, com base em sinais de alerta e segundo os riscos, o tempo alvo para se prestar o atendimento no ponto de atenção à saúde com as condições tecnológicas para, de forma oportuna, efetiva, eficiente e de qualidade, responder à necessidade das pessoas em situações de urgência ou emergência”.

Segundo Mendes (2011:210):

“O objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de [*início da*] atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica adotar um modelo de triagem de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências”.

Conforme esse autor os modelos de triagem nos sistemas de urgências e emergências apresentam, no mundo, grande variação. Entretanto, têm em comum a triagem por riscos, adotando de dois a cinco níveis de gravidade.

Entre os modelos de triagem mais avançados está o de Manchester, desenvolvido em 1994, que opera com algoritmos associados a níveis de gravidade e tempos máximos de espera simbolizados por cores. Este modelo é um dos mais utilizados, sendo adotado em países como o Reino Unido, Portugal, Espanha, Alemanha, Suécia, Holanda, Japão e no Brasil.

“Considerando-se os tempos comuns, foi feito acordo sobre a nomenclatura e as definições. Para cada categoria foi atribuído um número, uma cor e um nome, além do tempo aceitável para a primeira avaliação médica. Após reuniões em todo o Reino Unido com enfermeiros e médicos dos serviços de urgência e emergência, obteve-se consenso com a escala de classificação de risco[...] (Mendes 2011:211)”.

A figura a seguir apresenta este Modelo de Triagem, do ponto de vista do grau de urgência e emergência, cores e tempo-alvo de atendimento associados.

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO EM MINUTOS
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Fonte: Mendes (2011:212)

De acordo com o mesmo autor,

“O objetivo da classificação dos risco é definir não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, facilitando a gestão da clínica e a gestão do serviço. O diagnóstico não está ligado à prioridade. O método requer que o profissional defina o motivo pelo qual a pessoa usuária procura o serviço de urgência, a queixa principal. Segue-se a escolha, entre as condições apresentadas em fluxogramas, daquele mais pertinente à queixa. Depois procura-se um conjunto de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica, os discriminadores, nos fluxogramas de apresentação, compatível com a gravidade apresentada” (p. 212).

Nos termos de Mendes, essa “linguagem” de classificação de riscos que, na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RASs) se exige que “permeie todo o sistema”, se expressa em um método estruturado e, como todo método, envolve passos e fluxos de obtenção de informações, de análise e de decisões (Mendes 2011:213):

- (I) **Identificação do problema:** obtenção de dados da pessoa usuária, acompanhante ou profissional para escolha do fluxograma de apresentação. São 50 fluxogramas para situações habituais que contemplam agravos clínicos, trauma, ferimentos, crianças e comportamento anormal.
- (II) **Obtenção e análise das informações relacionadas à solução:** procura do discriminador através das perguntas estruturadas. Após escolher o fluxograma, o profissional deve analisar os discriminadores para definir a prioridade.
- (III) **Avaliação das alternativas e escolha de uma delas para implementação:** o fluxograma de apresentação fornece uma ordenação do processo de raciocínio para a tomada de decisões. Existem discriminadores gerais (ex. dor aguda) e específicos (ex. dor pleurítica) e todos possuem sua definição num dicionário.

(IV) **Implementação da alternativa selecionada:** seleção de uma das cinco categorias [*de risco*] através dos discriminantes gerais ou específicos compatível com o quadro da pessoa em atendimento.

(V) **Monitoramento do processo e avaliação dos resultados:** deve ser feita entre profissionais e entre serviços para assegurar confiabilidade e reprodutibilidade, fundamentais nos dados para pesquisas e planejamentos.

Para que se adote, com sucesso, o Modelo de Atenção às Condições Agudas, bem como as Sub-Redes de Urgência e Emergência e a Classificação de Riscos na Rede de Atenção à Saúde (RAS), é necessária uma profunda transformação em seus modelos de gestão: atribuindo tempos de espera para atendimento médico; definindo modelos de observação de acordo com a gravidade atribuída; avaliando a necessidade da estrutura física do atendimento; modificando os fluxos e processos de trabalho; e mensurando os resultados obtidos (Mendes 2011:213).

Algumas dessas alterações na organização e nos processos de trabalho da Rede de Atenção à Saúde (RAS), decorrentes da implantação das Sub-Redes de Urgência e Emergência, serão examinadas mais à frente, no item relativo à Organização Necessária das RAS.

4.3.4. Os Modelos de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS 2010b:22):

“Os modelos de atenção às condições crônicas são modelos mais complexos que operam sobre todo o ciclo de uma condição crônica, de forma integral, envolvendo ações de promoção da saúde e de prevenção, cuidado, reabilitação e palição das condições de saúde e, buscando uma atenção contínua que engloba cuidados primários, secundários e terciários, sistemas de apoio e sistemas logísticos”.

Os Modelos de Atenção às Condições Crônicas foram desenvolvidos a partir do Chronic Care Model (CCM)⁴⁶. Esse modelo “foi desenvolvido pela equipe do MacColl Institute for Healthcare Innovation, nos Estados Unidos, a partir de uma ampla revisão da literatura interna-

⁴⁶ A partir da década de 1990, devido à tendência ao predomínio das Condições Crônicas, desenvolveu-se, em termos mundiais, o que Kuschnir e Chorny (2010:2313) denominam “o grande campo do cuidado integrado”. Os Modelos de Atenção às Condições Crônicas são um produto deste processo.

As razões para este desenvolvimento vão daquelas de caráter principalmente econômico (sistemas americanos), àquelas de caráter universalizante e integralizador da atenção à saúde (sistemas do tipo inglês),

cional sobre a gestão das condições crônicas” (Mendes 2011:219; OPAS 2010b:21).

O CCM foi proposto, nos anos 1990, como resposta a grandes desafios colocados pela emergência das condições crônicas nos Estados Unidos. O modelo foi aperfeiçoado, ao longo do tempo, tanto nos Estados Unidos como em outros países (idem).

De acordo com Mendes (2011:220), o Chronic Care Model (CCM) é efetivo exatamente porque **“constitui uma solução complexa e sistêmica para um problema complexo como o da atenção às condições crônicas. Porque, ao contrário que o senso comum aponta, não há solução simples para problemas complexos; problemas complexos exigem soluções complexas e sistêmicas”**.

“Esse modelo compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e a comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população” (Mendes 2011:221).

Do longo detalhamento apresentado por Mendes dos diversos elementos do CCM, cabe destacar os seguintes, na ótica dos objetivos desta dissertação:

“A melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente reativo, fragmentado e episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, em um outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo e focado na promoção e na manutenção da saúde...

Introdução de diretrizes clínicas baseada em evidência na prática cotidiana dos sistemas de atenção à saúde[...] **As decisões clínicas devem ser tomadas com base em diretrizes clínicas construídas a partir de evidências científicas...**

As mudanças no sistema de informação clínica objetivam organizar os dados da população e das pessoas usuárias para facilitar uma atenção à saúde mais eficiente e efetiva[...] **A atenção efetiva às condições crônicas é virtualmente impossível sem um sistema de informação que assegure o pronto acesso a dados-chave de uma população e de suas subpopulações e de cada pessoa individualmente...**

As mudanças no autocuidado apoiado objetivam preparar e empoderar as pessoas usuárias para que autogerenciem sua saúde e a atenção à saúde prestada...

Pessoas usuárias ativas e informadas significa que elas dispõem de motivação, informação, habilidades e confiança para efetivamente tomar decisões sobre sua saúde e para gerenciar sua condição crônica.

Equipe de saúde proativa e preparada é aquela que atua proativamente na interação com as pessoas usuárias, com base em informações significativas, com suporte e recursos necessários para prover uma atenção de alta qualidade” (p. 222 e ss; grifos do autor da dissertação).

Mendes também destaca, no Chronic Care Model (CCM), a necessidade de um monitoramento contínuo e as evidências de seus efeitos positivos:

“O processo de implantação do CCM deve ser continuamente monitorado e, para isso, propõe-se um sistema de monitoramento que deve ser aplicado antes de se iniciar o processo de implantação e depois, regularmente, em períodos definidos na estratégia de implantação desse processo de mudança do modelo de atenção à saúde...

“Há evidências, na literatura internacional, sobre os efeitos positivos do CCM na atenção às condições crônicas, seja na sua avaliação conjunta, seja na avaliação de seus elementos separadamente” (p. 229 e 230).

O autor afirma ainda:

“Esse modelo encontra um ambiente melhor de desenvolvimento em sistemas de atenção à saúde públicos e universais[...] Por isso, o CCM tem sido implantado, com ajustes, mais ou menos profundos, em países como Alemanha, Austrália, Canadá, Dinamarca, Holanda, Itália, Noruega, Reino Unido, Nova Zelândia, Cingapura e outros, e em países em desenvolvimento...” (p. 231).

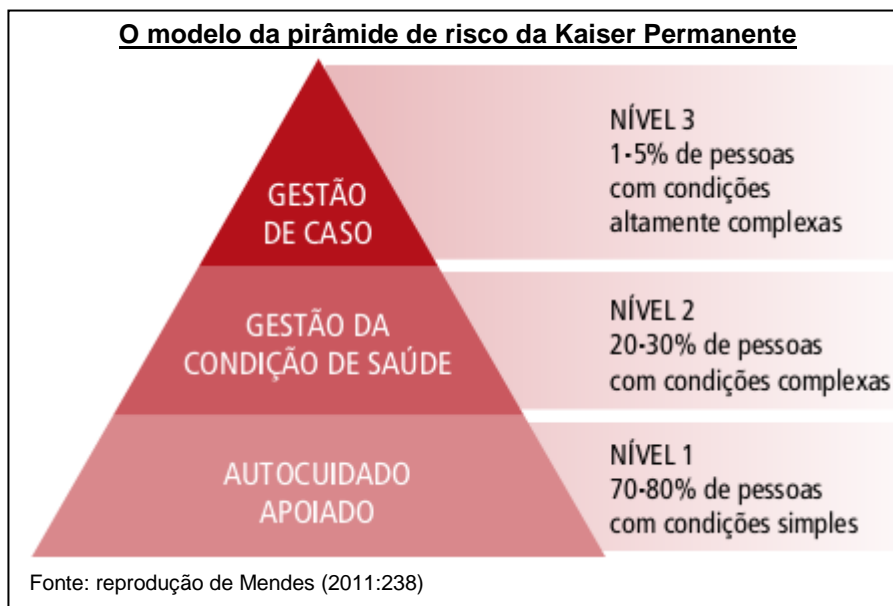
Mendes apresenta uma série de modelos e experiências derivadas do CCM que o ampliaram e enriqueceram (p. 231 e ss). Alguns desses modelos foram utilizados pelo autor para elaborar sua proposta de um Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para o SUS.

Desses modelos cabe destacar o Modelo da Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente⁴⁷ (p. 237 e ss), dos EUA, não apenas por sua importância para o modelo proposto por Mendes para o SUS, mas também porque este autor ressalta os benefícios da adoção de algumas das principais características do modelo da Kaiser no National Health System (NHS) da Inglaterra e em vários outros países, como Canadá, Inglaterra, Escócia, Dinamarca, Nova Zelândia e Austrália, todos com sistemas públicos e universais.

“O modelo da pirâmide de risco, criado pela Kaiser Permanente, identifica três níveis de intervenções de acordo com a complexidade da condição crônica. A organização das pessoas usuárias, segundo as diferentes complexidades, permite orientar as intervenções em relação aos grupos de riscos e utilizar mais racionalmente os recursos humanos, concentrando-os nos grupos de maiores riscos...” (p. 237)

A figura seguinte apresenta este modelo.

⁴⁷ “A KP é uma operadora privada de plano de saúde nos Estados Unidos, não lucrativa, que se estrutura sob a forma de sistemas integrados de saúde. O sistema KP é integrado verticalmente e a organização é uma seguradora e uma prestadora ao mesmo tempo” (Mendes 2011:240). Ver, nesta dissertação, o item “O grande campo do Cuidado Integrado”.



O autor revela ainda que seu Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) articula-se com o modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead (1991), adotado no Brasil pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) por ser simples, de fácil compreensão e pela clara visualização gráfica (Mendes 2011:246 e ss).

Este modelo está representado na figura a seguir.



O modelo baseia-se na noção de determinantes sociais da saúde. No centro do modelo estão os indivíduos, “com suas características individuais de idade, sexo e herança genética que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde”.

Os determinantes sociais da saúde podem, resumidamente, ser caracterizados em:

- (I) Determinantes proximais⁴⁸ - Na camada 1, imediatamente acima dos indivíduos.

“Essa camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os determinantes sociais da saúde de camadas superiores, já que os comportamentos e os estilos de vida dependem, não somente do livre arbítrio das pessoas, mas também de outros determinantes, como acesso a informações, influência da propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. Aqui aparecem determinantes como a dieta inadequada, o sobrepeso ou a obesidade, a inatividade física, o tabagismo, o uso excessivo de álcool e outras drogas, as práticas sexuais não protegidas e outros”.

- (II) Determinantes intermediários - Nas camadas 2 e 3, imediatamente superiores.

“A camada 2 destaca a influência das redes sociais, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social ou de capital social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. As redes sociais constituem-se por um conjunto finito de atores sociais e pelas relações que se estabelecem entre eles. O capital social, por sua vez, são acumulações de recursos, tangíveis e intangíveis, que derivam da participação em redes sociais e nas suas inter-relações...”

Na camada 3, estão representados os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de alimentos e o acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços”.

- (III) Determinantes distais⁴⁹ – Na camada 4, mais externa.

“Na camada 4, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas subjacentes e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização”.

A articulação entre o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Mendes, e o modelo de determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead tem dois objetivos principais.

O primeiro é o de evidenciar que o MACC não é uma panacéia que, se adotado,

⁴⁸ “Que se localiza próximo do centro, do ponto de origem ou do ponto de união” (Houaiss 2001).

⁴⁹ “Que se localiza longe do centro, do ponto de origem ou do ponto de união” (Houaiss 2001).

permitirá resolver todos os graves problemas de saúde da sociedade brasileira e os graves problemas enfrentados pelo SUS. Ao contrário, o autor é muito claro ao afirmar:

“A importância dos determinantes sociais da saúde decorre de que eles repercutem diretamente na saúde...”

A determinação social da saúde está alicerçada num fundamento ético que é a equidade em saúde, definida como a ausência de diferenças injustas e evitáveis ou remediáveis entre grupos populacionais definidos social, econômica, demográfica e geograficamente. Ou seja, as iniquidades em saúde são diferenças socialmente produzidas, sistêmicas em sua distribuição pela população e injustas⁵⁰...” (idem:247).

O segundo objetivo de Mendes é garantir critérios, baseados em evidências científicas, para a definição das populações e dos focos que são objetos dos diferentes tipos de intervenções de saúde do MACC (seção central da figura exibida à frente), sendo que, na perspectiva do autor, essas evidências científicas devem incluir tanto aquelas derivadas das ciências biomédicas quanto aquelas derivadas das ciências sociais.

Assim, a partir dos desenvolvimentos experimentados pelo Chronic Care Model (CCM) e das experiências internacionais mencionadas, Mendes (2011:244) propõe, para o SUS, um Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) específico. Sobre o MACC o autor nos diz que:

“Esse modelo recolhe e acolhe todas as evidências produzidas pela validação empírica do modelo seminal de atenção crônica, o CCM, seja nos seus seis elementos fundantes, seja nas relações entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde...”

As principais variáveis incorporadas no MACC e que derivam de evidências robustas produzidas pela avaliação do CCM são: diretrizes clínicas baseadas em evidência; sistema de identificação das pessoas usuárias; estratificação da população em subpopulações por riscos; registro das pessoas usuárias por condição de saúde e por riscos; prontuários eletrônicos; sistema de lembretes, alertas e feedbacks como funcionalidades dos prontuários eletrônicos; sistema de acesso regulado à atenção à saúde; continuidade da atenção: oferta de cuidados primários, secundários e terciários integrados; atenção integral: oferta de cuidados promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos; plano de cuidado individual; auto-cuidado apoiado; uso de ferramentas de gestão da clínica: gestão das condições de saúde e gestão de caso; coordenação da RAS pela APS; suporte especializado à APS; educação permanente dos profissionais de saúde; educação em saúde das pessoas usuárias; presença de profissional de saúde comunitária; e articulação do sistema de atenção à saúde com os recursos comunitários”.

Entretanto, ainda sobre o MACC, Mendes registra que “à semelhança dos outros

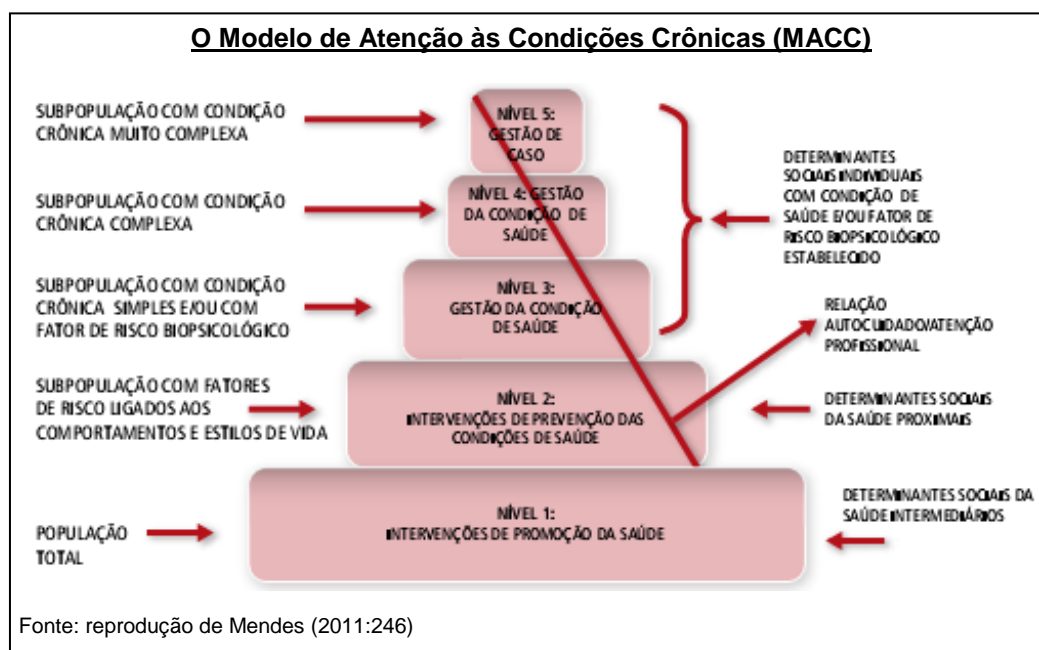
⁵⁰ Esta assertiva remete a duas importantes questões já mencionadas no capítulo 1 desta dissertação: (I) o desenvolvimento desses fundamentos éticos nas sociedades européias que implementaram o Estado do Bem-Estar Social e os Sistemas de Saúde Públicos e Universais, como o inglês; (II) a ausência desses fundamentos éticos na sociedade brasileira, razão principal das profundas limitações do SUS e de suas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Sobre isto ver, por exemplo, Vianna (1998 e 2011).

modelos derivados do CCM, esse modelo introduz duas modificações fundamentais”:

“Primeiro, conforme fizeram, também, o modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas (OMS 2002) e o modelo de atenção crônica expandido, de British Columbia, Canadá..., procura ampliar o âmbito das intervenções sanitárias em relação à população total, por meio de intervenções intersetoriais sobre os determinantes sociais da saúde intermediários.

Segundo, a partir da pirâmide de risco da Kaiser Permanente[...] e das evidências sobre a atenção à saúde baseada na população, articula as subpopulações portadoras de riscos com as intervenções de prevenção das condições de saúde e as subpopulações com condições de saúde estabelecidas, diferenciadas por riscos, com as intervenções sanitárias ofertadas pelas tecnologias de gestão da clínica”.

A figura a seguir descreve o MACC.



O MACC aborda a população e as subpopulações adscritas à Rede de Atenção à Saúde, categorizadas por condições de saúde e riscos (à esquerda da figura), por meio de diferentes tipos de intervenções de saúde (no meio da figura) sobre os focos dessas intervenções (à direita da figura).

De acordo com Mendes (2011:246), o MACC integra três perspectivas distintas de entendimento da saúde pública contemporânea: (I) a da determinação social da saúde, que considera que a maneira de obter resultados sustentados na saúde é por meio de transformações de longo prazo das estruturas e das relações da sociedade; (II) aquela voltada para ações específicas sobre condições de saúde singulares através de programas verticais; e (III) o enfoque sistêmico que procura comunicar horizontalmente as orga-

nizações do setor saúde.

“O MACC permite integrar essas três perspectivas que se complementam, até porque há evidências de que os sistemas de atenção à saúde são, por si mesmos, um importante determinante social da saúde...”

Os determinantes sociais da saúde são conceituados como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou como as características sociais dentro das quais a vida transcorre; ou seja, como a causa das causas[...] Em outras palavras, a má saúde dos pobres, o gradiente social da saúde dentro dos países e as grandes desigualdades sanitárias dentro e dentro dos países são provocadas por uma distribuição desigual, nos âmbitos mundial, nacional e regional, e pelas conseqüentes injustiças que afetam as condições de vida da população, de forma imediata e visível (acesso à atenção à saúde, à educação, às condições de trabalho, ao tempo livre e à habitação) e a possibilidade de ter uma vida próspera. Essa distribuição desigual das experiências prejudiciais à saúde não é um fenômeno natural, mas uma determinação social. Corrigir essas desigualdades injustas é uma questão de justiça social e um imperativo ético...”

Mendes nos diz que a articulação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) com o Modelo de Determinação Social da Saúde se dá nos níveis de atenção à saúde, valendo também lembrar que no MACC a estratificação das populações e subpopulações por condições de saúde e riscos inspirou-se no Modelo da Pirâmide de Risco da Kaiser Permanente.

Em Mendes (2011), a proposição do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) decorre de uma perspectiva ética e política, a de que as Redes de Atenção à Saúde (RASs) devem ser capazes de prover atenção à saúde “baseada nas necessidades de saúde da população, elemento essencial das RASs” (p.252).

“A atenção à saúde baseada na população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, segundo os riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades e preferências[...] (idem)”

Conforme o autor, “O conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde é **o elemento básico que torna possível romper com a atenção baseada na oferta**, característica dos sistemas fragmentados...” (idem, ibidem, grifos do autor da dissertação).

E o que permite esse “conhecimento profundo da população usuária de um sistema de atenção à saúde” é unicamente o processo de seu cadastramento, avaliação e estratificação.

“O processo de estratificação da população, representado pelo lado esquerdo da Figura..., é central na construção das RASs porque permite identificar pessoas e grupos com necessidades de saúde semelhantes que devem ser atendidos por tecnologias e recursos específicos, segundo uma estratificação de riscos. Sua lógica se apóia num mane-

jo diferenciado, pelas RASs, de pessoas e de grupos que apresentam riscos similares” (idem, ibidem).

“A estratificação da população exige o seu conhecimento profundo pelo sistema de atenção à saúde. Isso implica o cadastramento de todas as pessoas usuárias e de suas famílias, o que é tarefa essencial da APS e que expressa o seu papel, nas RASs, de responsabilização pela saúde dessa população. Mas o cadastramento não pode limitar-se a cada indivíduo. Há que ir além: cadastrar cada pessoa como membro de uma família, classificar cada família por risco sócio-sanitário e ter um registro com informações de todos os portadores de cada condição de saúde, estratificados por riscos.

Sem a estratificação da população em subpopulações de risco é impossível prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa e introduzir as tecnologias de microgestão da clínica.” (idem:254; grifos do autor da dissertação).

Vale notar que, embora essa estratificação seja “tarefa essencial da APS”, essas informações devem estar imediatamente disponíveis para todo o conjunto das RASs, em todos os seus níveis de complexidade tecnológica, de modo a viabilizar a operação fluente dos Sistemas de Referência e Contrarreferência. E isto só é possível com o uso de sistemas de informação integrais e integrados, baseados nas tecnologias de informação e comunicação.

É por esta razão, e também pela complexidade dos processos envolvidos na produção e armazenamento dessas informações e no acesso a estas, que o autor afirma que a “estratificação de riscos da população é mais viável de ser feita quando se utilizam prontuários clínicos eletrônicos que permitam organizar os registros dos portadores de condições de saúde” (idem:254).

Mendes (2011) desenvolve amplamente, ao longo dos capítulos 3 e 4 do livro, as características do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Este detalhamento é muito importante para o objetivo desta dissertação de evidenciar a complexidade envolvida no projeto, construção, manutenção e operação das Redes de Atenção à Saúde (RASs), e sua conseqüente incompatibilidade com a estrutura federativa municipalista da Organização Atual dessas redes.

Entretanto, uma vez que não se pretende esgotar aqui o tema dos Modelos de Atenção à Saúde, vamos agora examinar sucintamente os cinco níveis do MACC.

O nível 1 do MACC

Este nível “tem como sujeito a população total, como focos de intervenções os determinantes sociais da saúde intermediários (os fatores relativos às condições de vida e de trabalho, o acesso a serviços essenciais e as redes sociais e comunitárias) por meio de intervenções de pro-

moção da saúde materializadas, especialmente, em projetos intersetoriais” (Mendes 2011:255).

“A ação intersetorial é entendida como as relações entre partes do setor saúde com partes de outros setores, estabelecidas com o objetivo de desenvolver projetos que levem a melhores resultados sanitários, de forma efetiva, eficiente e sustentável, que não seriam obtidos com a ação isolada do setor saúde...” (idem:259).

O nível 2

Este nível do MACC “incorpora a prevenção das condições de saúde, em subpopulações de risco, por meio de intervenções sobre os determinantes sociais da saúde proximais, relativos aos comportamentos e aos estilos de vida. Utiliza-se a expressão prevenção de condições de saúde, e não prevenção de doenças, porque pode-se prevenir condições de saúde, como a gravidez, que não constitui uma doença” (Mendes 2011:262).

“Até o segundo nível não há uma condição de saúde [*individualizada*] estabelecida. Somente a partir do terceiro nível do modelo é que se vai operar com uma condição de saúde [*individualizada*] cuja gravidade, expressa na complexidade que apresenta a condição de saúde estabelecida, definirá as intervenções sanitárias. Os terceiro, quarto e quinto níveis do modelo de atenção às condições crônicas estão vinculados aos indivíduos com suas características de idade, sexo e fatores hereditários, o núcleo central do modelo de Dahlgren e Whitehead. As intervenções serão predominantemente clínicas, operadas por tecnologias de gestão da clínica e a partir da gestão baseada na população” (idem:251).

“Os determinantes sociais da saúde proximais, oriundos de comportamentos e estilos de vida, são considerados fatores de risco. Esses fatores de risco são potencializados pelos determinantes sociais intermediários e distais.

Os fatores de risco são definidos como características ou atributos cuja presença aumenta a possibilidade de apresentar uma condição de saúde. Os fatores de risco podem ser classificados em não modificáveis e modificáveis ou comportamentais[...] Entre os primeiros estão o sexo, a idade e a herança genética e, dentre os últimos, o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso, o uso excessivo de álcool, o sexo inseguro e o estresse.

A abordagem dos fatores não modificáveis é feita, predominantemente, nos níveis três e quatro do modelo...

...Os governos têm um papel crucial a desempenhar na prevenção das condições de saúde, em especial na proteção aos grupos vulneráveis. Muitos crêem que se as pessoas desenvolvem condições crônicas em função de comportamentos ou estilos de vida inadequados tornam-se responsáveis por suas enfermidades. Contudo, **a responsabilidade individual só pode ser imputada quando os indivíduos têm acesso igual a uma vida saudável e recebem apoio para tomar decisões sobre sua saúde não cabendo a vitimização dos portadores de condições crônicas...**” (idem:262;263; grifos do autor da dissertação).

Neste nível 2 do MACC “o espaço privilegiado de atuação é o da APS pela simples razão de que é, ali, que a população é conhecida, vinculada e acompanhada longitudinalmente” (idem:264; grifos do autor da dissertação).

Os níveis 3, 4 e 5

Os níveis 3 e 4 do MACC são operados com base na Gestão da Condição de Saúde (Mendes 2011:386), e o nível 5 com base na Gestão de Caso (idem:405).

“A gestão da condição de saúde pode ser definida como o processo de gerenciamento de um fator de risco biopsicológico ou sobre uma determinada condição de saúde já estabelecida [estratificada por riscos], por meio de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e no cuidado, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, de reduzir os riscos para os profissionais e para as pessoas usuárias, contribuindo para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção à saúde” (idem:386).

No MACC, a divisão entre as Condições de Saúde dos níveis 3 e 4 “separa as condições de baixo e médio riscos das condições de alto e muito alto riscos, em consonância com o modelo da pirâmide de risco. A razão é que diferentes estratos têm manejos clínicos diferenciados e concentração de trabalho profissional e de autocuidado apoiado diversos” (idem:386).

“A partir do terceiro nível exige-se a definição de subpopulações recortadas segundo a estratificação de riscos da condição de saúde. Nesse nível 3, opera-se com subpopulações da população total que apresentam uma condição crônica simples, de baixo ou médio riscos, em geral prevalente entre 70 a 80% dos portadores da condição de saúde, ou que apresentam fatores de risco biopsicológicos, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. No quarto nível, opera-se com sub-populações com condição crônica complexa, de alto ou muito alto riscos, também por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. O que justifica essa divisão entre gestão da condição de saúde nos níveis 3 e 4, é o tipo de atenção que varia em função do grau de risco; em geral, as condições de baixo e médio riscos são enfrentadas por uma atenção à saúde fortemente ancorada em ações de autocuidado apoiado, enquanto as condições de alto e muito alto riscos são manejadas com uma presença relativa mais significativa de cuidados profissionais, incluindo o cuidado especializado” (idem:251).

Os níveis 3 e 4 do MACC correspondem aos níveis 1 e 2 da pirâmide de risco da Kaiser Permanente.

Na gestão da condição de saúde do nível 3 “vai-se privilegiar, relativamente, o autocuidado apoiado”, e a gestão da condição de saúde de nível 4 “vai-se fixar, relativamente, na atenção profissional, ainda que mantendo os procedimentos de autocuidado”.

A Gestão de Caso, utilizada no nível 5 do MACC, corresponde ao nível 3 da pirâmide de risco da Kaiser Permanente e refere-se às “intervenções sanitárias destinadas aos portadores de condições de saúde muito complexas” (idem:405).

“No nível 5, opera-se com subpopulações da população total que apresentam uma condição de saúde muito complexa. Essas subpopulações são aquelas que, segundo a lei da concentração da severidade das condições de saúde e dos gastos da atenção à saúde, atingem de 1 a 5% da população total e que chegam a consumir a maior parte dos recursos globais de um sistema de atenção à saúde[...] As intervenções em relação a essas subpopulações é realizada por uma outra tecnologia da gestão da clínica, a gestão

de caso” (idem:251).

Finalmente, cabe registrar que no MACC, “[...] a linha transversal que corta o desenho, desde as ações de prevenção das condições de saúde até a gestão de caso, representa uma divisão relativa à natureza da atenção à saúde. O que estiver acima dessa linha representa, mais significativamente, a atenção profissional, o que estiver abaixo dessa linha representa, hegemonicamente, o autocuidado apoiado[...] Assim, no nível 3, vai-se operar, mais fortemente, com o autocuidado apoiado; já no nível 4, opera-se equilibradamente entre o autocuidado apoiado e atenção profissional e, no nível 5, há uma forte concentração da atenção profissional, coordenada por um gestor de caso” (idem:251).

Tanto a Gestão da Condição de Saúde quanto a Gestão de Caso serão examinadas em mais detalhes no item a seguir, que aborda um dos aspectos centrais da proposta de Mendes para a Rede de Atenção à Saúde (RAS), a Gestão da Clínica.

4.4.A Gestão da Clínica

4.4.1. A importância da Gestão da Clínica

A Gestão da Clínica e suas tecnologias se desenvolvem, mundialmente, a partir da compreensão da necessidade de uma abordagem detalhada e integrada das Condições Agudas e Crônicas pelas Redes de Atenção à Saúde (RASs), por meio de Modelos de Atenção às Condições de Saúde específicos.

A adoção da Gestão da Clínica e suas tecnologias (métodos) vai acarretar profundas mudanças nos projetos, na construção, na provisão de recursos humanos e tecnológicos, na operação e na prestação de serviços de saúde dessas redes.

Por isto, em consonância com os objetivos do presente trabalho, é tão importante que se compreenda corretamente as diferentes dimensões envolvidas na Gestão da Clínica.

As iniciativas de formulações em torno da Gestão da Clínica no SUS são diversas, embora dispersas e não sistemáticas. Neste sentido, e numa perspectiva ampla desta matéria, podemos mencionar os trabalhos de Franco (2003), Franco & Franco (2011), Franco & Magalhães (2003), Merhy et al. (2003).

Vale mencionar que Mendes (2011) em seu Capítulo 4 desenvolve amplamente esta matéria. Entretanto, nos limites desta dissertação, em seguida, com base neste autor, examinamos resumidamente seu conceito e as tecnologias (métodos) que a compõem.

Posteriormente, no último item deste capítulo, examinamos alguns dos aspectos mais relevantes da Gestão da Clínica que, juntamente com suas tecnologias, implicam em mudanças profundas na atenção à saúde e na organização dos sistemas de saúde.

4.4.2. Gestão da Clínica: o Conceito

De acordo com Mendes (2011:364) a “expressão gestão da clínica não é muito encontrada na literatura internacional”, mas, no Brasil, foi adotada por esse autor “para expressar um sistema de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde, aplicável ao SUS”⁵¹.

Conforme o autor, a “gestão da clínica[...] tem suas origens em dois movimentos principais: um, mais antigo, desenvolvido no sistema de atenção à saúde dos Estados Unidos, a atenção gerenciada (managed care); outro, mais recente, a governança clínica (clinical governance) que se estabeleceu no Serviço Nacional de Saúde (NHS), o sistema público de atenção à saúde do Reino Unido”.

Mendes revela que a “proposta da gestão da clínica inspirou-se na atenção gerenciada trazendo dela, e adaptando à realidade do sistema público brasileiro, um de seus elementos constitutivos, o conjunto de tecnologias de microgestão dos sistemas de atenção à saúde que comprovaram, empiricamente, ser eficazes...”.

“A gestão da clínica é um conjunto de tecnologias de microgestão da clínica, destinado a prover uma atenção à saúde de qualidade: centrada nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause danos às pessoas usuárias e aos profissionais de saúde; eficiente, provida com os custos ótimos; oportuna, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a reduzir as desigualdades injustas; e ofertada de forma humanizada...” (Mendes 2011:368).

4.4.3. As Tecnologias da Gestão da Clínica

As tecnologias de microgestão da clínica que compõem a Gestão da Clínica são as seguintes: as diretrizes clínicas (linhas-guias e protocolos clínicos); a gestão da condição de saúde; a gestão de caso; a auditoria clínica; e as listas de espera (Mendes 2011:368 e ss).

4.4.3.1. As Diretrizes Clínicas: Linhas-Guias e Protocolos Clínicos

As Diretrizes Clínicas, que se desdobram em linhas-guias e protocolos clínicos, são

⁵¹ No próximo grande item deste capítulo “A Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde (RASs)” ao examinarmos “A crise dos Sistemas de Saúde e o Novo Paradigma de Organização Necessário”, veremos que a OMS (2002:34) vincula ao nível Micro dos sistemas de saúde as ações e serviços de saúde e os “pacientes”, bem como suas atitudes e interações.

as tecnologias das quais decorrem as demais da Gestão da Clínica.

“As diretrizes clínicas são recomendações preparadas, de forma sistemática, com o propósito de influenciar decisões dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias a respeito da atenção apropriada, em circunstâncias clínicas específicas...”

Para alcançar seus objetivos, as diretrizes clínicas devem combinar medicina baseada em evidência, avaliação tecnológica em saúde, avaliação econômica dos serviços de saúde e garantia de qualidade...

O processo de desenvolvimento das diretrizes clínicas deve ser encarado, não como um processo linear, mas como um ciclo de atividades inter-dependentes que envolve a elaboração, a implantação, a avaliação e a revisão das diretrizes clínicas, a educação permanente, a acreditação dos serviços de saúde, a avaliação tecnológica em saúde e a auditoria clínica...

Apesar de sofrerem questionamentos frequentes – como os que as comparam a livros de receitas gastronômicas – as diretrizes clínicas são imprescindíveis para a gestão da clínica e devem ser vistas, não como trilhos, mas como trilhas para uma atenção à saúde efetiva e de qualidade”.

Um importante aspecto da elaboração das Diretrizes Clínicas é a Medicina Baseada em Evidências.

“As diretrizes clínicas, bem como as outras tecnologias de gestão da clínica, assentam-se na medicina baseada em evidência (MBE), entendida como o uso consciente, explícito e prudente da melhor evidência para tomar decisões a respeito da atenção à saúde. A prática da MBE significa a integração da capacidade clínica individual com a melhor evidência clínica externa, provinda da pesquisa científica. Por essa razão, a epidemiologia clínica encontra, aqui, um campo privilegiado de atuação...”

A evidência clínica externa é consequência das pesquisas básicas em medicina, mas, principalmente, das pesquisas clínicas sobre a precisão dos diagnósticos, a potência dos prognósticos e a efetividade e segurança dos procedimentos preventivos, curativos e reabilitadores.”.

Mendes faz diversos alertas sobre a importância das Diretrizes Clínicas para a Atenção à Saúde:

“Uma organização sem diretrizes clínicas implantadas será, necessariamente, uma organização anômica, onde cada qual cria suas próprias rotinas de cuidado” (p. 373).

“Numa organização em que os procedimentos não estejam normatizados em diretrizes clínicas, cada profissional age conforme sua orientação pessoal, gerando graves problemas de planejamento e comunicação” (p. 374).

“Diretrizes clínicas baseadas em evidências demonstraram ser eficazes em definir que intervenções devem ser ofertadas para um serviço de qualidade, em chamar a atenção para intervenções inefetivas ou perigosas, em reduzir a variabilidade dos procedimentos médicos e em melhorar a comunicação nas organizações de saúde...” (p. 383).

As Diretrizes Clínicas desdobram-se em linhas-guia (guidelines) e protocolos clínicos.

As Linhas-Guia

“As linhas-guia são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, realizadas de modo a normatizar todo o processo, ao longo de sua história natural, cobrindo, portanto, as intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas realizadas em todos os pontos de atenção de uma RAS.

As linhas-guia normatizam todo o processo de atenção à saúde, em todos os pontos de atenção, obedecendo à ação coordenadora da atenção primária à saúde”.

“As linhas-guia normatizam todo o processo da condição de saúde, ao longo de sua história natural; assim, devem incorporar as ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relativas à condição de saúde. Ademais, normatiza as ações que se desenvolvem em todos os pontos de atenção de uma RAS (níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde) e nos sistemas de apoio.

Uma característica essencial das linhas-guia é que se desenvolvam por graus de risco, o que necessariamente envolve a estratificação dos riscos e que se normatizem as ações referentes a cada estrato singular. As linhas-guia não normatizam ações para gestantes ou hipertensos em geral, mas procuram estratificar essas condições de saúde em grupos de risco que exigem manejos clínicos específicos. Por exemplo, uma linha-guia para atenção pré-natal e ao parto deve considerar manejos diferenciados para as gestantes de risco habitual e de alto risco; os portadores de hipertensão podem ser agrupados em riscos baixo, médio, alto e muito alto...”

De acordo com o mesmo autor (p. 372) as “linhas-guia aproximam-se de um conceito muito utilizado no SUS, as linhas de cuidado...”.

Os Protocolos Clínicos

Os “protocolos clínicos são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar a atenção à saúde apropriada em relação a partes do processo de uma condição de saúde e em um ponto de atenção à saúde determinado. Assim, os protocolos clínicos são documentos específicos, mais voltados às ações de promoção, prevenção, cura/cuidado, reabilitação ou palição, em que os processos são definidos com maior precisão e menor variabilidade”.

O autor oferece exemplos que auxiliam na compreensão de cada conceito, linha-guia e protocolo clínico, e da relação entre eles:

“Por exemplo, a normatização da atenção pré-natal, ao parto e ao puerpério, ao longo de todos os pontos de atenção à saúde, é feita através de uma linha-guia; o detalhamento do diagnóstico e tratamento da toxoplasmose – uma parte de todo o processo – é feito por um protocolo clínico” (Mendes 2011:372).

Os “protocolos clínicos vão normatizar parte do processo da condição de saúde, num único ponto de atenção da RAS. Por exemplo, um protocolo clínico pode ser desenvolvido para a medicação antilipídica em pessoas portadoras de altos índices de colesterol na APS...”(idem:378).

As Funções das Diretrizes Clínicas

De acordo com Mendes, as “diretrizes clínicas cumprem quatro funções essenciais nos sistemas de atenção à saúde: a função gerencial, a função educacional, a função comunicacional

e a função legal”.

Na função gerencial, “a utilização de diretrizes clínicas é fundamental para reduzir a complexidade da gestão da atenção à saúde pela via da padronização dos processos, tornando mais gerenciável a atenção à saúde”.

Na função educacional, as diretrizes clínicas são “instrumentos dos processos de educação permanente para os profissionais de saúde e de educação em saúde para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde”.

A função comunicacional “pressupõe o uso das diretrizes clínicas como instrumentos de comunicação entre o sistema de atenção à saúde e os seus profissionais e a população usuária. Para isso, as diretrizes clínicas, escritas numa linguagem singular, mais inteligível para os profissionais de saúde, devem ser editadas – sob a forma de outros produtos comunicacionais – para que sejam apropriadas pelas pessoas usuárias comuns”.

E por último temos a quarta função das Diretrizes Clínicas, a função legal, que decorre do fato de que, ao julgarem os contenciosos na área da saúde, os Tribunais de Justiça podem utilizá-las como base de seus julgamentos. Assim, “a obediência às normas definidas em linhas-guia e em protocolos clínicos acaba por constituir uma proteção jurídica para os profissionais e para as organizações de saúde”.

A complexidade das Diretrizes Clínicas

Para os objetivos deste trabalho é importante destacar não só a importância das Diretrizes Clínicas para a Atenção à Saúde, mas também a complexidade envolvida em sua elaboração e implantação.

Isto porque esta complexidade contribui para a compreensão da necessidade essencial de integração, unidade, coesão e estabilidade organizacional ao longo de toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS), em seus diferentes níveis de densidade tecnológica, permitindo-nos então contrastar esta necessidade essencial com a inadequação, a este requisito, da essência federativa e municipalista da Organização Atual das redes do SUS.

Por isto, nos limites deste trabalho, além das referências anteriores vamos nos valer apenas de algumas assertivas de Mendes (2011:375), mencionadas a seguir, sobre as 11 etapas da elaboração das Diretrizes Clínicas, embora o autor aborde em detalhes cada uma destas, incluindo a de implantação das diretrizes:

“A elaboração das linhas-guia e dos protocolos clínicos é feita através de um proces-

so que envolve várias etapas...

O tempo de elaboração de um diretriz clínica varia muito. Na Escócia, o tempo médio gasto tem sido de 28 meses, a partir da constituição do grupo: 15 meses para a revisão da literatura e para elaboração da primeira versão, 10 meses para revisão de pares e consulta pública e 3 meses para a publicação...

As etapas de elaboração das diretrizes clínicas são: a escolha da condição de saúde, a definição da equipe de elaboração, a análise situacional da condição de saúde, a busca de evidências e de diretrizes clínicas relevantes, os conteúdos das diretrizes clínicas, a formalização das diretrizes clínicas, a avaliação das diretrizes clínicas, a validação das diretrizes clínicas, a publicação das diretrizes clínicas e a revisão das diretrizes clínicas..."

Além dessas, uma das etapas mais importantes é a da de implantação das diretrizes clínicas.

As principais barreiras à implantação das diretrizes clínicas envolvem uma série de aspectos que vão desde questões estruturais até características individuais e de relacionamentos.

Para superar essas barreiras é fundamental que se sejam definidas estratégias adequadas para a implantação das diretrizes.

4.4.3.2. A Gestão da Condição de Saúde

Outro importante componente da Gestão da Clínica é a Gestão da Condição de Saúde. Mendes (2011) registra que a "tecnologia de gestão da condição de saúde surgiu na Conferência de Atenção Gerenciada, nos Estados Unidos, na primavera de 1993, como gerenciamento de doença (disease management), uma tecnologia de microgestão da clínica destinada a enfrentar uma doença específica" (p. 385).

O autor esclarece que prefere o termo gestão da condição de saúde, ao invés de gestão de doença, porque aquele se presta à noção de gerenciamento de condições que não se caracterizam como doenças, tais como gravidez ou a manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura).

Conforme Mendes, embora "a gestão da condição de saúde tenha sido originada na atenção gerenciada dos Estados Unidos, ela se espalhou por vários países do mundo, especialmente nos sistemas públicos universais dos países da Europa Ocidental[...] [pois] essa tecnologia apresenta mais chances de sucesso nos sistemas públicos universais por ter, ali, melhores condições contextuais para o seu pleno desenvolvimento".

A proposta de gestão da condição de saúde que o autor apresenta não apenas se beneficia das experiências internacionais mais maduras, mas "foi desenvolvida para adaptar-

se às singularidades do SUS...” (p. 385)⁵².

A gestão da condição de saúde se faz tanto sobre fatores de risco biopsicológicos (dislipidemia, hipertensão arterial, depressão etc.) como sobre uma condição de saúde já estabelecida (diabetes, doença coronariana, asma etc.), segundo sua estratificação de riscos (p. 386).

“A gestão da condição de saúde é uma tecnologia especialmente indicada para o manejo das condições crônicas que necessitam de atenção por longo tempo e em diferentes pontos de atenção de uma RAS.

A gestão da condição de saúde é um enfoque que se dirige a uma população determinada e é, portanto, uma tecnologia que exige, como pré-condição, o conhecimento e o relacionamento constante com uma população adscrita que será sujeito das intervenções em relação a uma condição de saúde determinada. Ou seja, pressupõe o conhecimento da população através de um sistema de informação com capacidade de fazer o seu registro, por condição de saúde e por riscos em relação a essa condição” (p. 387).

No Modelo de Atenção às Condições Crônicas, examinado anteriormente, nos níveis 3 e 4 opera-se com a Gestão da Condição de Saúde. A divisão entre as condições de saúde dos níveis 3 e 4 corresponde, respectivamente, às condições crônicas de baixo e médio riscos; e de alto e muito alto riscos.

A razão é que diferentes estratos têm manejos clínicos diferenciados e concentração de trabalho profissional e de autocuidado apoiado diversos.

No nível 3 “opera-se com subpopulações da população total que apresentam uma condição crônica simples, de baixo ou médio riscos, em geral prevalente entre 70 a 80% dos portadores da condição de saúde, ou que apresentam fatores de risco biopsicológicos, por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde...”.

No nível 4 do MACC “opera-se com sub-populações com condição crônica complexa, de alto ou muito alto riscos, também por meio da tecnologia de gestão da condição de saúde. O que justifica essa divisão entre gestão da condição de saúde nos níveis 3 e 4, é o tipo de atenção que varia em função do grau de risco; em geral, as condições de baixo e médio riscos são enfrentadas por uma atenção à saúde fortemente ancorada em ações de autocuidado apoiado, enquanto as condições de alto e muito alto riscos são manejadas com uma presença relativa mais significativa de cuidados profissionais, incluindo o cuidado especializado” (p. 251).

⁵² E, efetivamente, o SUS acabou por incorporar essa proposta. Ver Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013 que “Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”, Brasil (2013b). As possibilidades da efetiva implantação desta subrede nas diferentes Redes Regionalizadas da Rede de Atenção à Saúde (RAS) nacional do SUS são comentadas no capítulo 4 desta dissertação.

“A gestão da condição de saúde é um processo intensivo em cognição para melhorar continuamente o valor da atenção à saúde. A gestão da condição de saúde tem sido considerada uma mudança radical na abordagem clínica, porque ela se move de um modelo de um profissional de saúde individual, que responde a um doente por meio de procedimentos curativos, cuidadores e reabilitadores, para uma abordagem baseada numa população adscrita, em que os fatores de risco biopsicológicos e as condições de saúde já estabelecidas, são enfrentados por meio de estratégias focadas na estratificação de riscos e na atenção baseada na população” (p. 386).

Os Componentes da Gestão da Condição de Saúde

No desenvolvimento dos processos e procedimentos que implementam a gestão de uma condição de saúde específica utiliza-se, como instrumento principal, a linha-guia. A linha-guia relativa a esta condição vai, como resultado, “definir as ações a serem desenvolvidas em cada ponto de atenção à saúde e suas relações com os sistemas de apoio, englobando os processos de cura, cuidado, reabilitação e palição (p. 387)” para esta condição de saúde.

“A gestão da condição de saúde[...] estrutura-se em quatro grandes componentes: o plano de cuidado, a gestão dos riscos da atenção à saúde, as mudanças de comportamento de profissionais de saúde e de pessoas usuárias e a programação da atenção à saúde”.

Em seguida apresentamos os principais aspectos de cada componente.

(I) O Plano de Cuidado

Segundo Mendes (2011:388),

“O coração da gestão da condição de saúde está na elaboração do plano de cuidado para cada pessoa usuária do sistema de atenção à saúde. Em alguns casos, envolverá o contexto familiar e a rede de suporte social da pessoa usuária.

Esse plano de cuidado é elaborado, conjuntamente, pela equipe de saúde e cada pessoa usuária e envolve metas a serem cumpridas ao longo de períodos determinados. Isso exige uma mudança profunda nas relações entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias, através da introdução da gestão colaborativa e centrada na pessoa e na família. Nessa nova forma de relação entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias não há mais prescritores, de um lado, e receptores passivos, pacientes portanto, de outro; equipe de saúde e pessoa usuária atuam cooperativa e proativamente na elaboração, monitoramento e avaliação do plano de cuidado, ao longo do tempo. O centro da relação entre a equipe de saúde e a pessoa usuária, na atenção às condições crônicas, não é a queixa principal, mas o plano de cuidado...

É o plano de cuidado que coloca, efetivamente, a pessoa usuária como o centro da atenção à saúde, com a colaboração da equipe de saúde e com o apoio de um sistema eficaz de informações em saúde...

O plano de cuidado é parte fundamental do prontuário clínico eletrônico” (grifos do autor da dissertação).

(II) A gestão dos riscos da atenção à saúde

Trata-se, aqui, da gestão dos riscos que possíveis erros na atenção à saúde podem gerar para os pacientes.

De acordo com Mendes (2011:389 e ss),

“Um dos problemas centrais dos sistemas de atenção à saúde é que eles podem causar danos às pessoas usuárias e às equipes de saúde. Esses danos podem ser devido a erros ou a eventos adversos.

...A gestão dos riscos da atenção à saúde[...] reconhece que os erros e os eventos adversos são resultados acumulativos de problemas que se dão na forma como os processos são organizados e nos ambientes físico e social em que a atenção à saúde é prestada.

...O conceito de gestão dos riscos da atenção à saúde significa desenvolver boas práticas clínicas que permitam diminuir os riscos clínicos e a ocorrência de incidentes danosos ou adversos para as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde...

(III) As mudanças de comportamento dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias

“As mudanças de comportamentos dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias fazem-se, na gestão da condição de saúde, por meio de processos educacionais potentes. Em relação aos profissionais de saúde envolve métodos adequados de educação permanente e no que concerne às pessoas usuárias faz-se através de processos de educação em saúde” (p. 393).

Mendes desenvolve amplamente essa questão, frisando que a educação permanente dos profissionais de saúde não é eficaz quando se vale de processos tradicionais, devendo evoluir para o moderno conjunto de recursos disponíveis para esta finalidade.

(IV) A programação da condição de saúde

“A programação da condição de saúde estrutura-se em três momentos: a elaboração da programação, o contrato de gestão e o monitoramento e avaliação.

A programação local faz-se em cada ponto de atenção à saúde de uma RAS.

Dada a função coordenadora que a APS tem nas RASs, a programação desse nível de atenção merece um cuidado especial porque a maioria das ações de um sistema de atenção à saúde, na perspectiva de uma rede, é programada no nível dos cuidados primários.

A programação local deve ser feita utilizando-se a planilha de programação que é parte integrante das linhas-guia, referentes à APS. Essa planilha contém os parâmetros de atenção à saúde que devem orientar a programação...

[...] A programação local deve ser feita para um período de um ano, pela própria equipe que irá executá-la...

[...] O contrato de gestão segue, em termos gerais, o que foi discutido, anteriormente, sobre contratualização, na governança das Redes de Atenção à Saúde (RASs).

Há evidências, provindas de avaliações rigorosas realizadas em vários países, inclusive no Brasil, de que a introdução de contratos como instrumentos de gestão da condição de saúde contribui para a obtenção de melhores resultados econômicos nos sistemas de atenção à saúde...

A programação e o contrato de gestão devem ser monitorados e avaliados, por meio de um sistema de monitoramento e avaliação.

O sistema de monitoramento consiste no trabalho de seguimento constante dos objetivos e metas predefinidos na programação e acolhidos no contrato de gestão, com vistas ao aprimoramento da eficiência, da efetividade e da qualidade dos serviços[...] A avaliação, diferente do monitoramento, é uma atividade que se caracteriza por ser uma intervenção episódica que convoca, em geral, uma pesquisa avaliativa”.

4.4.3.3. A Gestão de Caso

Este é outro componente da Gestão da Clínica. A Gestão de Caso é a tecnologia utilizada no Nível 5 do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), proposto por Mendes para o SUS, como se pode ver na parte central da figura que descreve este modelo apresentada no item a respeito do MACC. Neste Nível são abordados os pacientes das subpopulações com Condições Crônicas de saúde muito complexas (p. 405).

Mendes (2011) define assim a Gestão de Caso:

“A gestão de caso (case management) é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar” (p. 404).

“A gestão de caso é conduzida por um gestor de caso que, normalmente, é um enfermeiro ou um assistente social. Esse é o formato mais comum da proposta denominada de hands-off em que o gestor de caso exercita a coordenação da atenção, cuida da mobilização dos recursos e monitora os resultados, sem se envolver diretamente, na prestação de serviços. Em algumas circunstâncias, a gestão de caso pode ser feita por uma pequena equipe multiprofissional, num formato hands-on em que os gestores de caso, além das funções de coordenação, mobilização de recursos e monitoramento, executam, diretamente, alguns procedimentos...

Um bom gestor de caso deve conhecer a natureza dos serviços providos em toda a rede assistencial, ser bom negociador e ser hábil na comunicação” (p.405).

“O gestor de caso se responsabiliza por uma pessoa durante toda a duração da condição crônica de saúde e faz julgamentos sobre a necessidade da atenção à saúde e a propriedade dos serviços ofertados e recebidos. Esse gestor de caso tem a incumbência de coordenar a atenção, utilizando-se de todos os serviços e de todas as instituições que compõem uma RAS, de determinar o nível adequado da prestação dos serviços e de verificar se o plano de cuidado está sendo bem prescrito e cumprido” (p. 406).

De acordo com este autor, o desenvolvimento de uma Gestão de Caso específica envolve as seguintes etapas: a seleção do caso; a identificação detalhada do problema daquela pessoa; a elaboração e a implementação do plano de cuidado; e o monitoramento do plano de cuidado (p. 406 a 410).

4.4.3.4. A Auditoria Clínica

Este componente da Gestão da Clínica é de grande importância, por ser aquele que zela pela qualidade dos diferentes procedimentos empregados na atenção à saúde, em todos os seus níveis de densidade tecnológica (Mendes 2011:412).

O autor desenvolve amplamente o conceito de Auditoria Clínica. Entretanto, nos marcos do presente trabalho, apenas destacaremos alguns aspectos que ressaltam sua importância e os requisitos de integridade organizacional e de gestão das Redes de Atenção à Saúde (RASs).

Segundo Mendes,

“[...] a auditoria clínica deve ser entendida no contexto da garantia de qualidade da atenção à saúde...”

“[...] O Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido define auditoria como “uma sistemática análise crítica da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes”[...] Uma outra definição, feita na Escócia, mais abrangente, diz que a auditoria é “o processo sistemático pelo qual os profissionais de saúde continuamente monitoram e avaliam suas práticas clínicas, a organização dos serviços, as funções gerenciais e as atividades educacionais”...”

O mesmo autor destaca que a Auditoria Clínica é “um instrumento fundamental de melhoria da qualidade da atenção à saúde”, e que esta se faz “em relação a um padrão normativo que se estabelece a priori e que se encontra normalmente consolidado em diretrizes clínicas baseadas em evidência”.

Mendes indica que

“O ciclo da auditoria clínica é um processo que apresenta seis momentos: a identificação do problema a ser auditado; o estabelecimento de padrões ou metas ótimos; a avaliação do grau de consistência entre o padrão e o problema escolhido, estabelecendo a brecha a ser superada pela auditoria; a identificação das mudanças necessárias para que o problema seja superado; a implementação das mudanças identificadas; e o monitoramento do processo de mudança.

A experiência tem demonstrado que a fase mais crítica do ciclo da auditoria clínica é a implementação e o monitoramento das mudanças, o que é, muitas vezes, desconsiderado nos sistemas tradicionais de auditoria em saúde.” (p. 415).

O autor desenvolve ainda a apresentação de algumas tecnologias da Auditoria Clínica, segundo ele as mais utilizadas: as tecnologias de revisão da utilização, a perfilização clínica, as apresentações de caso, os eventos adversos ou sentinelas e os surveys.

4.4.3.5. As Listas de Espera

As Listas de Espera constituem uma das mais importantes tecnologias da Gestão da Clínica, pois estão diretamente relacionadas com a tempestividade e a qualidade da Atenção à Saúde prestada por uma Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Essas listas mostram o **estoque de pessoas usuárias em busca da atenção** (demanda) de um determinado tipo de Serviço de Saúde, em cada momento do tempo, bem como o tempo decorrido desde sua entrada na lista. Assim, **o tempo de espera decorrido para o atendimento**, conjugado com **os riscos deste tempo de espera para o paciente e seu agravo ou Condição de Saúde**, revela a maior ou menor adequação da oferta daquele tipo de Serviço de Saúde ao estoque de usuários em demanda por este⁵³.

“A superação do problema do tempo de espera exige intervenções do lado da oferta e da demanda. Do lado da oferta, o incremento das intervenções e da produtividade dos serviços é o fundamental[...] Do lado da demanda, podem-se adotar políticas de redução das necessidades por melhorias na APS e de racionalização da demanda por meio do estabelecimento de critérios de estratificação de riscos” (Mendes 2011:419).

Na verdade, uma política correta de adequação dos tempos de espera deve combinar medidas tanto do lado da oferta como da demanda (idem).

Neste sentido, outra medida de grande importância, que se prende às diretrizes de universalidade e equanimidade dos sistemas públicos de saúde, é a definição de metas nacionais em relação a tempos de espera máximos (idem, ibidem).

É verdade, como nos diz Mendes, que as listas de espera “constituem uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que existe um desequilíbrio entre oferta e demanda”.

É importante percebermos que, mesmo nos melhores sistemas públicos, este desequilíbrio entre demanda e oferta tende a ocorrer, em particular pela necessidade de minimizar a ociosidade de recursos de atenção à saúde, sejam leitos hospitalares, serviços ambulatoriais, consultas ou exames diagnósticos.

Entretanto, como também afirma aquele autor:

⁵³ Sobre Listas de Espera, Judicialização da Saúde, Centrais de Regulação e a realidade do SUS e de suas redes 25 anos após sua criação, veja-se também O Globo (2014b), Segundo a notícia, a Defensoria Pública da União moveu ação contra os hospitais federais do município do Rio de Janeiro. “Nos seis hospitais federais do município são 13.851 pacientes em listas de espera”, por até dez anos. Conforme o texto “Em nota, o Ministério da Saúde informou que negocia com o estado e o município “a gestão das filas e a inclusão de pacientes das unidades federais na lista de regulação controlada pelos gestores locais da saúde””.

“Essa tecnologia, para funcionar adequadamente, implica duas condições essenciais: a transparência e o ordenamento por necessidade da população. Por isso, a lista de espera pode ser conceituada como uma tecnologia que normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos [dos usuários] e promovendo a transparência” (idem, ibidem).

Isto significa que, dependendo do ponto de atenção à saúde e do tipo de paciente de que se trate, é necessário conciliar a eficiência do uso dos recursos com os tempos de atendimentos necessários para garantir-se a manutenção, ou recuperação, da saúde do paciente.

Em particular nas Redes de Urgências e Emergências, a oferta de serviços para os pacientes classificados como Amarelo (urgente), Laranja (muito urgente) e Vermelho (emergente) deve, necessariamente, ser de tal ordem que os respectivos tempos de espera máximos (60, 10 e 0 minutos) sejam efetivamente cumpridos.

Por sua vez,

“O critério da transparência é fundamental e se baseia numa informação ampla e republicana sobre a oferta de serviços por diferentes prestadores e sobre as listas de espera. Isso tem sido feito por diferentes países que colocam na internet informações sobre listas de espera em relação a diferentes procedimentos, por prestadores e por tempos de espera, o que tem contribuído para reduzir esses tempos” (Mendes 2011:420).

Como exemplos de países que adotam esta transparência, o autor cita Inglaterra, Canadá, Dinamarca, Holanda, Noruega e Suécia.

A tecnologia das Listas de Espera, para que possa ser utilizada e ofereça resultados de qualidade, requer, no mínimo, as seguintes condições:

- (I) Estar implementada em potentes sistemas de informação, com base em prontuários clínicos eletrônicos e sistemas de classificação de risco. Tais sistemas devem estar disponíveis para todos os pontos de atenção, em todos os níveis de densidade tecnológica, de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- (II) O planejamento, a implementação e a gestão adequados da oferta de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), frente às necessidades das populações adscritas a uma Rede de Atenção à Saúde (RAS). Isto exige a disponibilidade quantitativa e qualitativa de serviços da APS **efetivamente resolutivos** para todos os tipo de Condições de Saúde e agravos que possam ser enfrentados e equacionados pela APS.
- (III) O planejamento, a implementação e gestão adequados da oferta dos diferentes

serviços de saúde necessários, além da APS, frente à demanda por estes.

(IV) O monitoramento contínuo dos tempos de espera e a realimentação do planejamento e oferta dos serviços de saúde.

No Brasil, a principal tecnologia regulamentada de monitoramento da relação entre demanda e oferta de serviços de saúde é a dos Sistemas de Regulação do Acesso à Atenção à Saúde (Brasil 2008c). Sobre os históricos problemas com esses Sistemas de Regulação, ver extrato da pesquisa “Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso” (Albuquerque *et alli* 2013:234) no item 3.4 do capítulo anterior. Ver também Brasil (2006b; 2007c; 2008c; 2011e; 2013a)

4.5. A Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde

As exigências dos novos padrões epidemiológicos, com o predomínio das Condições Crônicas e seus pontos de contato com as Condições Agudas, determinam que os novos padrões necessários para a Atenção à Saúde e a organização dos Sistemas de Atenção à Saúde superem muitas de suas atuais características estruturais, metodológicas e comportamentais, e incorporem muitas outras (OMS 2002; OPAS 2010b; Mendes 2011).

Compreender corretamente essas exigências de transformações na Atenção à Saúde e na organização dos Sistemas de Atenção à Saúde, bem como sua complexidade, é de suma importância para que possamos fazer a crítica necessária das Redes de Atenção à Saúde do SUS e da essência federativa e municipalista de sua Organização Atual, e lutar por condições que viabilizem sua transição rumo à Organização Necessária dessas redes.

Assim, na perspectiva do principal objetivo desta dissertação é de fundamental importância, para a compreensão do escopo e da complexidade das Redes de Atenção à Saúde (RASs), que se perceba a necessidade, nos três níveis de densidade tecnológica das RASs, de **coerência e integração entre**: (i) os dois Modelos de Atenção necessários ao enfrentamento das Condições Crônicas e Agudas; (ii) as tecnologias da Gestão da Clínica; (iii) a Estrutura dos Serviços de Saúde; e (iv) os diferentes recursos e as diferentes formas de organização das Redes de Atenção à Saúde (RASs) que devem suportar os dois modelos de atenção.

Neste sentido, o exame dos principais componentes das Redes de Atenção à Saúde (RASs), realizados nos itens anteriores, permitiu estabelecer as relações de determinação

que devem pautar os projetos dessas redes.

Ficou claro que é a partir das Populações Regionais adscritas à RAS, e suas necessidades e Condições de Saúde, que devem ser definidos os Modelos de Atenção à Saúde necessários para dar conta, **de modo integrado**, das Condições Crônicas e das Condições Agudas de saúde daquelas populações.

Evidenciou-se, também, a complexidade desses Modelos de Atenção à Saúde e a necessidade de um novo segmento da gestão dos serviços de saúde, a Gestão da Clínica e suas diferentes tecnologias, para implementar tais modelos.

Todos esses aspectos devem, assim, orientar o projeto lógico da Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde (RASs) e, finalmente, seu projeto físico e construção.

Neste passo, vamos encerrar este Capítulo 2 destacando em primeiro lugar alguns requisitos, além daqueles já examinados, também de grande importância para a Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde (RASs), requisitos estes decorrentes dos diferentes aspectos já examinados.

Em seguida vamos delinear algumas relações importantes entre os Modelos de Atenção à Saúde e a Estrutura de Serviços de Saúde (“Estrutura Operacional” em Mendes 2011), para então esboçarmos as principais características desta Estrutura.

4.5.1. A necessidade de mudanças profundas na Atenção à Saúde e na Organização dos Sistemas de Saúde

4.5.1.1. Condições de Saúde: a necessidade de atenção específica às Condições Crônicas e Agudas e sua integração

Ao longo da década de 1990, a partir da percepção da tendência ao predomínio das Condições Crônicas de Saúde no mundo, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, ficou bem estabelecida a necessidade da mudança de paradigmas na Atenção à Saúde e na organização dos Sistemas de Atenção à Saúde, até então dominados pela atenção às Condições Agudas.

Esta necessidade de evolução dos Sistemas de Saúde indicava a importância do acolhimento, por esses sistemas, não apenas da atenção sistemática às Condições Crônicas, mas também da integração desta com a atenção às Condições Agudas.

Tanto a Organização Mundial da Saúde, já em 2002, como Mendes (2011), apontam

com ênfase a necessidade desta evolução nos Sistemas de Saúde.

A OMS (2002:33) associa essa crise dos Sistemas de Saúde à história desses sistemas e sua dificuldade para evoluir na mesma medida em que evoluem as necessidades em saúde das populações a que servem:

“Historicamente, os problemas agudos (como certas doenças infecciosas) constituíram a principal preocupação dos sistemas de saúde. No decorrer do século passado, os avanços na ciência biomédica e a implementação de medidas de saúde pública reduziram o impacto de inúmeras doenças transmissíveis na maior parte dos países desenvolvidos. Embora algumas doenças infecciosas ainda representem uma ameaça e um importante fator a ser levado em conta pelos sistemas de saúde de vários países em desenvolvimento, esses sistemas agora têm de responder a uma série de outros problemas de saúde.

Pelo fato de os atuais sistemas de saúde terem sido desenvolvidos para tratar dos problemas agudos e das necessidades prementes dos pacientes, eles foram desenhados para funcionar em situações de pressão. Por exemplo, a realização de exames, o diagnóstico, a atenuação dos sintomas e a expectativa de cura são características do tratamento dispensado atualmente. Além disso, essas funções se ajustam às necessidades de pacientes que apresentam problemas de saúde agudos ou episódicos. No entanto, observa-se uma grande disparidade quando se adota o modelo de tratamento agudo para pacientes com problemas crônicos. O tratamento para as condições crônicas, por sua natureza, é diferente do tratamento dispensado a problemas agudos. Nesse sentido, os sistemas de saúde predominantes em todo o mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas”.

Neste sentido, Mendes (2011:45) também enfatiza esta crise nos Sistemas de Saúde, sublinhando que tal crise foi exposta a partir dos estudos que ressaltam o predomínio das Condições Crônicas e propõem Modelos de Atenção a estas:

“A transição das condições de saúde, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a transição da atenção à saúde[...] Por essa razão, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver uma coerência entre a situação das condições de saúde e o sistema de atenção à saúde. Quando essa coerência se rompe, como ocorre, nesse momento, em escala global, instala-se uma crise nos sistemas de atenção à saúde.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde reflete, portanto, o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas – nos países desenvolvidos de forma mais contundente e nos países em desenvolvimento pela situação de dupla ou tripla carga das doenças – e um sistema de atenção à saúde voltado predominantemente para responder às condições agudas e aos eventos agudos, decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma reativa, episódica e fragmentada. Essa crise tem sido caracterizada pelos propositores do modelo de atenção a crônicos, como resultado da ditadura das condições agudas[...] Isso não está dando certo nos países desenvolvidos, isso não dará certo nos países em desenvolvimento”.

4.5.1.2. A necessidade de Modelos de Atenção à Saúde específicos e integrados

Ao analisar a importância e a necessidade da abordagem simultânea e integrada das Condições de Saúde, crônicas e agudas, e dos Modelos de Atenção específicos e integrados requeridos para esta abordagem, Mendes (2011:209) afirma que:

Na realidade, a implantação das RASs, para provocar uma mudança radical no SUS, exige uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e sobre as condições agudas...”.

Por esta razão, esse autor é também enfático sobre a necessidade de coerência e integração entre os dois modelos de atenção necessários ao enfrentamento das Condições Crônicas e Agudas, bem como sobre a necessidade de coerência e integração, nos três níveis de densidade tecnológica, entre as diferentes formas de organização das Redes de Atenção à Saúde (RASs) que devem suportar os dois modelos.

Como condição essencial para viabilizar essas mudanças, Mendes (2011:210) afirma que:

“O enfrentamento da organização do sistema de atenção à saúde, para responder às necessidades colocadas pelas condições agudas e pelos eventos agudos das condições crônicas, **implica**, na perspectiva das RASs, **a construção de uma linguagem que permeie todo o sistema**, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada situação. As experiências mundiais vêm mostrando que **essa linguagem estrutura-se em diretrizes clínicas codificadas num sistema de classificação de risco**, como base de uma rede de atenção às urgências e às emergências[...] (grifos do autor da dissertação)”

A importância de que essa linguagem do Modelo de Atenção às Condições Agudas “permeie todo o sistema”, ou seja, os três níveis de densidade tecnológica desde a Atenção Primária à Saúde, justifica-se porque:

“Essas condições [*de saúde*], ainda que convocando modelos de atenção à saúde distintos, são como faces de uma mesma moeda. Para melhorar a atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas, há que se implantar as redes de atenção às urgências e às emergências. Contudo, para que essa rede funcione de forma efetiva, eficiente e humanizada, há que se distribuir, equilibradamente, por todos os seus pontos de atenção à saúde, as pessoas usuárias, segundo seus riscos. Não é possível organizar os hospitais terciários de urgência e emergência sem retirar, deles, o grande número de pessoas portadoras de urgências menores, classificadas como azuis e verdes. Por outro lado, para que as pessoas com situações de urgências verdes e azuis possam ser atendidas na APS, esse nível de atenção necessita de ser mudado pela implantação do modelo de atenção às condições crônicas para que possa atender às urgências menores e, no médio e longo prazos, diminuir a demanda às unidades de urgência e emergência maiores. Além disso, a implantação do modelo de atenção às condições crônicas, principalmente no seu componente de gestão da clínica, com estratificação de riscos, permite organizar a atenção às condições crônicas, liberando tempo das equipes de saúde da APS para atender, além das ações programadas, as ações não programadas das urgências menores que se apresentam, nessas unidades, sob a forma de demanda espontânea” (Mendes 2011:209).

4.5.1.3. As Funções da Atenção Primária à Saúde nos Modelos de Atenção às Condições Crônicas e Agudas

Como acabamos de registrar, a exigência de uma abordagem simultânea e integrada das Condições de Saúde, crônicas e agudas, por meio dos Modelos de Atenção específicos e integrados requeridos para esta abordagem, pressupõe que esta função integradora seja desempenhada pela Atenção Primária à Saúde (APS).

Esta função integradora da APS tem por base a exigência de que:

- (I) a APS esteja provida dos recursos humanos e tecnológicos necessários para que possa oferecer de modo permanente, às populações e subpopulações adscritas à Rede de Atenção à Saúde (RAS), o modelo de atenção às condições crônicas, incluindo seu componente de gestão da clínica com estratificação de riscos.
- (II) as populações e subpopulações adscritas à Rede de Atenção à Saúde (RAS) estejam perfeitamente identificadas e cadastradas, pela APS, em sistemas de informações clínicas integrais e integrados, disponíveis em todos os níveis de densidade tecnológica da rede.

É o atendimento a esses requisitos que permite que:

- (I) nas manifestações de “condições agudas” ou de “eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas”, um cidadão, ao ser atendido pela Rede de Urgência e Emergência, tenha disponível para os profissionais dessa rede seu histórico clínico, garantindo, assim, uma atenção adequada mesmo nestas situações.
- (II) após ser atendido pela Rede de Urgência e Emergência, este cidadão volte aos cuidados da APS em seu período de recuperação, sem que haja descontinuidade na atenção à sua saúde nem perda de informação sobre seu histórico clínico.
- (III) “o grande número de pessoas portadoras de urgências menores, classificadas como azuis e verdes” possam ser atendidas na APS, distribuindo-se assim, em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), “equilibradamente, por todos os seus pontos de atenção à saúde, as pessoa usuárias, segundo seus riscos”

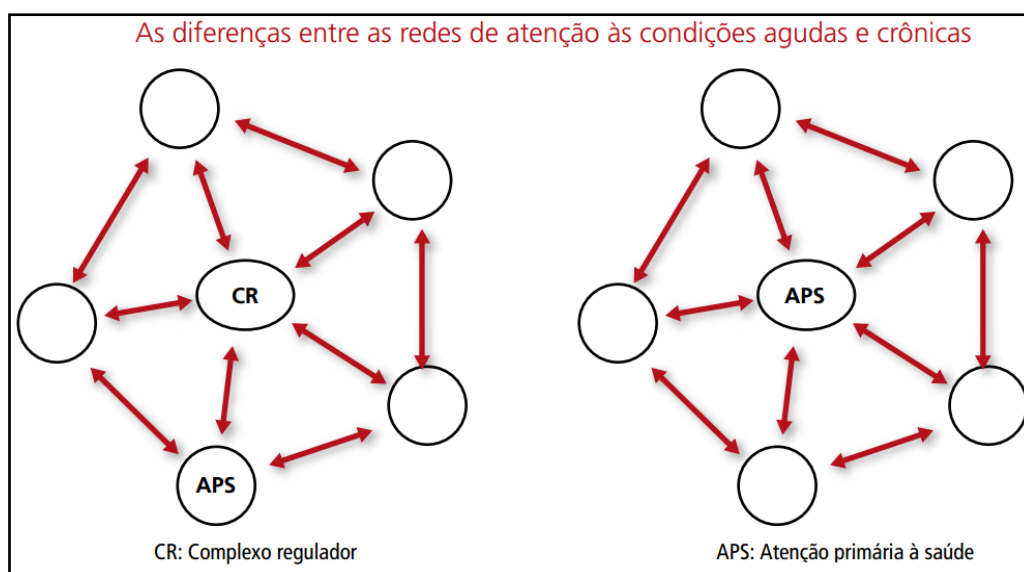
Isto indica, na verdade, que a Atenção Primária à Saúde (APS), em uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), deve ser também parte da Sub-Rede de Urgência e Emergência,

atendendo “o grande número de pessoas portadoras de urgências menores, classificadas como azuis e verdes”.

É por essas razões que Mendes (2011:214) propõe:

“As diferenças entre as redes de atenção às condições crônicas e às condições agudas, estão no papel da APS e na forma de regulação [...] Nas redes de atenção às condições crônicas a APS é um ponto de atenção à saúde e constitui, também, o centro de comunicação das RASs, exercitando a função de regulação dessas redes. Nas redes de atenção às urgências e às emergências, a APS desloca-se do centro para constituir um importante ponto de atenção à saúde, mas sem cumprir a função de coordenação dos fluxos e contrafluxos dessas redes. Nesse caso, a regulação deve ser feita pelo complexo regulador com um médico na ponta desse sistema. Não faz sentido, numa situação de urgência maior, como um infarto agudo do miocárdio, transitar as pessoas pela APS porque implicaria perder um tempo precioso na atenção à saúde”.

Para ilustrar essa nova organização sugerida para as Redes de Atenção à Saúde (RASs), e os diferentes papéis da Atenção Primária à Saúde (APS), este autor oferece a seguinte ilustração (p. 214):



E Mendes completa:

“Sem dúvida, há ganhos na estruturação da atenção às urgências e às emergências na perspectiva das RASs. A integração dos serviços de urgência e emergência em rede pode determinar um fluxo pactuado pelos serviços. O sistema de classificação de risco é potente ferramenta de comunicação, co-responsabilização e regulação, nas RASs, das condições agudas para acompanhar em tempo real os fluxos e regular o transporte entre os serviços. E a atenção no lugar certo e com a qualidade certa, permite retirar dos pontos de atenção de maior densidade tecnológica, a maioria das pessoas que se apresen-

tam em situações de urgência, os azuis e os verdes, atendendo-os prioritariamente na atenção primária à saúde. Isso é uma condição necessária para superar os graves problemas que ocorrem nos hospitais de urgência e emergência superlotados, com pessoas em macas nos corredores, filas enormes e que estão, permanentemente na mídia nacional”.

4.5.1.4. A Gestão da Clínica: complexidade, inovação e benefícios

A necessidade de adoção da Gestão da Clínica, como um dos principais instrumentos requeridos para a implementação dos Modelos de Atenção às Condições de Saúde Crônicas e Agudas e a correta abordagem dessas condições pelas Redes de Atenção à Saúde (RASs), vai acarretar profundas mudanças nos projetos, na construção, na provisão de recursos humanos e tecnológicos, na operação e na prestação de serviços de saúde dessas redes.

Os aspectos centrais da Gestão da Clínica que, juntamente com suas principais características e tecnologias já examinadas, impõem a necessidade de profundas mudanças nas práticas clínicas e nos sistemas de saúde, podem ser reunidos em oito dimensões principais (Mendes 2011:294 a 348), as quais são descritas sucintamente em seguida.

(I) Da atenção prescritiva e centrada na doença para a atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família.

“Para que as relações produtivas se consolidem entre as equipes de saúde e as pessoas usuárias deve ser superada a atenção prescritiva e centrada na doença e implantada uma nova forma de relação que se denomina de atenção colaborativa das condições crônicas...”

“Um dos pontos mais importantes na crítica aos sistemas fragmentados de atenção à saúde é a destituição dos portadores de condições crônicas como agentes de sua saúde...”

“A atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família reposiciona as pessoas usuárias nas relações com os profissionais de saúde porque elas deixam de ser pacientes para se tornarem as principais produtoras sociais de sua saúde...”

“As evidências coletadas fizeram com que, crescentemente, vários países do mundo como Alemanha, Austrália, Canadá, Estados Unidos, França, Holanda, Itália e Reino Unido estejam adotando políticas de implementação da atenção centrada na pessoa e na família...”

(II) A necessidade de equilíbrio entre a atenção à saúde não programada e a atenção à saúde programada.

“A forma de responder socialmente, através dos sistemas de atenção à saúde, às condições agudas e crônicas, é que marca as diferenças entre atenção programada e não programada...”

“As condições agudas e os eventos agudos das condições crônicas devem ser respondidos por meio da atenção não programada porque, em geral, não é possível prever quando uma condição aguda vai ocorrer[...] Por isso, é inerente às condições e aos eventos agudos uma resposta não programada. É isso que justifica os pontos de atenção à

saúde de uma rede de atenção às urgências e às emergências...”

“Ao contrário, as condições crônicas, pelo seu curso longo e, às vezes, definitivo, devem ser manejadas por meio de uma atenção programada...” como proposto no MACC.

“Um sistema de atenção à saúde fortemente centrado na atenção não programada é um sinal da fragilidade da atenção às condições crônicas...”

(III) A mudança da atenção uniprofissional, centrada no médico, para a atenção multiprofissional.

“Há uma crise instalada nas microrrelações clínicas entre a equipe de saúde, especialmente o médico, e as pessoas usuárias, que se manifesta em todos os níveis dos sistemas de atenção à saúde...”

“Há uma inconsistência estrutural entre o tempo curto da consulta médica e o incremento das tarefas da atenção à saúde. Por exemplo, hoje em dia, a atenção o diabetes é muito mais complexa e consumidora de tempo que há uma década atrás...”

“Além disso, estudos avaliativos mostraram que há dificuldades das pessoas usuárias em captar as informações em consultas de menos de 18 minutos...”

“...evidências demonstram[...] que a consulta médica de 15 minutos, como instituição central da atenção à saúde nos sistemas fragmentados, não funciona e deve ser substituída por outras estratégias que convocam uma atenção à saúde multiprofissional. A razão é que essa atenção centrada na consulta médica de curta duração não é capaz de prover os cuidados adequados às condições agudas e crônicas, de manejar as múltiplas condições de saúde de acordo com as evidências disponíveis e, por consequência, de promover as interações produtivas entre os médicos e as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde...”

“O conceito de equipe pode ser bem inovador em certas regiões onde se impõe a utilização das ferramentas da telessaúde[...] e podem ser constituídas equipes entre diferentes níveis de atenção de uma RAS que, em alguns casos, são essenciais para garantir uma atenção ótima...”

(IV) As relações entre os médicos especialistas e os médicos generalistas, aqueles mais afeitos à atenção secundária e terciária e, estes, à APS.

“Há modelos distintos na experiência internacional. Um deles é o modelo americano, com hegemonia dos profissionais especializados, e com profissionais de APS que podem ser, além do médico de família, internistas generalistas, obstetras e pediatras. Outro, com variações, é o modelo dos sistemas públicos universais dos países da Europa Ocidental e do Canadá, com o acesso ao especialista com algum tipo de constrangimento, e com base em médicos generalistas ou médicos de família que, em geral, funcionam como reguladores do acesso aos especialistas...”

“A existência de especialistas e generalistas obedece aos princípios da divisão técnica do trabalho que exige competências e habilidades diferenciadas por tipos de médicos. Isso é uma expressão temática das tendências organizacionais em geral, e do setor industrial em particular, em que se observou a necessidade da especialização para lidar com uma complexidade crescente, mas sob a supervisão e coordenação de gerentes generalistas quando essa complexidade é muito alta...”

“Essas diferenças nos trabalhos dos generalistas e especialistas repercutem na sua formação. Os médicos generalistas, diferentemente dos especialistas, devem ser formados e educados em unidades de APS e por educadores com conhecimento e experiência nesse nível de atenção...”

“Há evidências de que a introdução de médicos generalistas na APS produz bons resultados: uma maior proporção de médicos generalistas diminui as internações hospitalares; reduz o fluxo de pessoas usuárias para os serviços secundários; diminui a demanda por serviços de urgência e emergência; reduz os custos da atenção à saúde e produz bons resultados nos níveis de saúde da população...”

(V) A busca de equilíbrio entre atendimentos profissionais presenciais e não presenciais.

“Não se trata, aqui, de analisar as ferramentas da telessaúde, utilizadas num contexto mais amplo, mas de verificar as possibilidades de incremento de atendimentos não presenciais, feitos pelas equipes de saúde, no ambiente micro-organizacional, especialmente por meio de telefone ou de correio eletrônico...”

“Trabalhos realizados em diferentes lugares mostram que os atendimentos não presenciais podem apresentar, em certas situações, especialmente no monitoramento dos portadores de condições crônicas, resultados tão bons quanto os do atendimento presencial...”

(VI) A busca de uma relação adequada entre os atendimentos profissionais individuais e os atendimentos profissionais em grupos.

“O atendimento em grupo tem sido adotado como uma maneira de superar os problemas dos sistemas de atenção à saúde estruturados no atendimento uniprofissional, com forte centralidade na consulta médica de curta duração e de dar consequência a práticas multiprofissionais efetivas...”

“O atendimento em grupo vai além de uma consulta dirigida para necessidades biológicas e médicas [evoluindo] para lidar com os aspectos educacionais, psicológicos e sociais de um grupo de pessoas portadoras de condições crônicas de saúde...”

“Como o próprio nome indica, o atendimento em grupo não se destina a uma pessoa individualmente, nem é provido, em geral, por um único profissional, mas se foca em grupos de pessoas com condições de saúde semelhantes, contando com a participação de vários profissionais de uma equipe de saúde. Nesse modelo, a equipe de saúde facilita um processo interativo de atenção à saúde que se dá em encontros periódicos de um grupo de portadores de determinada condição crônica...”

“A implantação do atendimento em grupo supõe um planejamento bem feito pela equipe multiprofissional e um espaço físico adequado para sua consecução, com os meios necessários ao desenvolvimento dos trabalhos de grupo...”

“Os grupos devem ser formados por portadores de condições crônicas com situações semelhantes, em torno de 20 a 25 pessoas...”

(VII) Desenvolver atividades de grupos de portadores de condições crônicas, conduzidas por pessoas leigas portadoras dessas condições.

“O uso de pessoas leigas para lidar com as condições crônicas tem sido crescentemente reconhecido[...] Em alguns países tem sido oficialmente estimuladas, como no Reino Unido, onde se estruturou o Programa de Pacientes Expertos[...] que se assenta no intercâmbio e transferência dos conhecimentos e habilidades de uma pessoa usuária para outras, em como lidar com as condições crônicas. E surgiu como uma alternativa de ofertar, no Serviço Nacional de Saúde, o autocuidado apoiado...”

“O programa de pessoas usuárias expertas emergiu em função de observações de alguns médicos de que algumas pessoas conheciam melhor sua condição de saúde que eles e que as pessoas usuárias detêm conhecimento maior com relação a: experiência

com a condição crônica; as circunstâncias sociais em que essa condição se dá; e as atitudes frente aos riscos, aos valores e às preferências individuais[...] Esse programa evoluiu, em algumas situações, para trabalhos de grupos de portadores de uma determinada condição crônica de saúde, coordenados por pares, ou seja, por pessoas usuárias com vivência daquela condição...”

Alguns autores “afirmam que quando um grupo interage com o problema, apresentado por um portador de uma condição similar, pode se beneficiar tanto ou mais quanto a intervenção de um médico ou de outro profissional de saúde. Nesses grupos, as interações humanas são exponencialmente multiplicadas, beneficiando a atenção à saúde...”

“Por isso, esses programas têm sido introduzidos nas políticas oficiais de sistemas públicos de atenção à saúde como o do Ministério da Saúde do Reino Unido e no sistema público de atenção à saúde da Catalunha, Espanha...”

(VIII) Introduzir, além do cuidado profissional, o autocuidado apoiado.

“Isso significa que há que se aumentarem as intervenções de autocuidado apoiado nas RASs porque os sistemas fragmentados de atenção à saúde são excessivamente focados na atenção profissional...”

“Nas condições crônicas, opera-se com uma combinação entre cuidados profissionais e autocuidado apoiado que varia segundo a estratificação de risco da condição de saúde. Há evidências de que 65 a 80% dos portadores de condições crônicas, os de menores riscos, podem ter sua atenção à saúde centrada no autocuidado apoiado, prescindindo de uma atenção constante, focada no cuidado profissional direto, especialmente médico...”

“Em geral, essas pessoas interagem com as equipes multiprofissionais de atenção primária à saúde, com forte ênfase em apoiar as pessoas a se autocuidarem e a consulta médica não necessita de passar de uma por ano...”

“O autocuidado apoiado sustenta-se no princípio de que as pessoas portadoras de condições crônicas conhecem tanto quanto, ou mais, de sua condição e de suas necessidades de atenção, que os profissionais de saúde...”

“A expressão autocuidado apoiado manifesta que a opção pelo autocuidado não quer significar passar o problema da condição crônica para a responsabilidade exclusiva dos seus portadores. Para que o autocuidado se dê com efetividade, o portador da condição crônica deve ter o apoio de família, dos amigos, das organizações comunitárias e, muito especialmente, da equipe multiprofissional de saúde...”

4.5.1.5. A crise dos Sistemas de Saúde e o Novo Paradigma de Organização Necessário

A Crise dos Sistemas de Saúde

Ao abordar a crise dos sistemas de saúde, causada pelo advento do predomínio das Condições Crônicas, a OMS (2002:34) divide a estrutura dos sistemas de saúde em três níveis interagentes: **Macro, Meso e Micro**. O nível **Macro** engloba as políticas de saúde e outras que interferem nesta área e nos sistemas de saúde. O **Meso** engloba as estruturas, métodos e ações das organizações dos sistemas de saúde; as comunidades atendidas e/ou demandantes por serviços de saúde e seu comportamento; e a interação entre

esses dois conjuntos. O nível **Micro** abriga as ações e serviços de saúde e os “pacientes”, bem como suas atitudes e interações.

A OMS identifica sérios problemas, nos três níveis, para o correto enfrentamento da nova situação epidemiológica, seja de predomínio das Condições Crônicas, caso dos países desenvolvidos, seja, no caso brasileiro, de tripla carga de doenças.

No nível Micro, a OMS aponta “problemas de interação com o paciente”, que englobam: (i) falta de autonomia dos pacientes para melhorar os resultados de saúde e (ii) falta de ênfase na qualidade da interação com o pessoal da área de saúde. Essas deficiências podem ser resumidas, por um lado, no fato de que as “condições crônicas são prolongadas e requerem uma estratégia de atenção que reflita esta circunstância e esclareça as funções e responsabilidades dos pacientes no gerenciamento de seus problemas de saúde”. Por outro lado, a OMS destaca que é “imprescindível que os pacientes desenvolvam com o pessoal da área saúde um bom relacionamento e que esse vínculo se mantenha com o passar do tempo. Os trabalhadores da saúde devem garantir que os pacientes recebam informação e instruções adequadas para gerenciar suas condições crônicas”.

Também no nível Meso a OMS destaca “os problemas da organização de saúde e suas relações com a comunidade”, que são desdobrados nos seguintes aspectos (grifos e acréscimos do autor da dissertação):

- (I) **Inaptidão para organizar o tratamento das condições crônicas:** “As organizações de saúde foram estruturadas para tratar de problemas agudos[...] Os riscos e as complicações associadas a cada condição crônica podem ser quase que totalmente calculados e, em vários casos, retardados ou até mesmo evitados. No entanto, **isso exige cuidados de saúde pró-ativos e organizados em torno dos conceitos de planejamento e prevenção**. Do modo como os cuidados acontecem agora, as complicações ou sintomas [é que] induzem os pacientes a procurarem os trabalhadores da saúde por eles responsáveis”.
- (II) **Trabalhadores da saúde não dispõem de ferramentas e perícia:** “As organizações de saúde de hoje empregam uma força de trabalho treinada em modelos de prática de tratamento agudo[...] No entanto, a habilidade para tratar casos agudos, embora necessária, não é suficiente para gerenciar as condições crônicas. No momento, já se dispõe de conhecimento especializado para administrar problemas crônicos e estimular o paciente a adotar uma postura de autogerenciamento”.

- (III) **A prática não é orientada pelas evidências científicas:** “As diretrizes para o gerenciamento de várias condições crônicas, delineadas com base em evidências científicas, estão bem estabelecidas. Infelizmente, essa importante informação não chega ao pessoal do setor saúde de forma sistemática. Por esse motivo, algumas intervenções eficazes para inúmeros problemas crônicos não são realizadas regularmente. Além disso, os medicamentos, os equipamentos para diagnóstico e os serviços laboratoriais necessários para seguir os protocolos de diretrizes terapêuticas nem sempre estão disponíveis”.
- (IV) **Falha na prevenção:** “A maioria das condições crônicas é evitável; entretanto, os trabalhadores da saúde não aproveitam as interações entre prestadores e pacientes para informar a esses sobre as estratégias de promoção de saúde e prevenção de doenças. **Adquirindo informações sobre como fazer escolhas certas, os pacientes e seus familiares podem optar por melhorar sua saúde**”.
- (V) **Os sistemas de informação não estão organizados:** “**Os sistemas de informação constituem um pré-requisito para um tratamento coordenado, integrado e orientado por evidências científicas.** Eles podem ser utilizados para monitorar as tendências da saúde, as taxas de natalidade e mortalidade, os processos clínicos de atenção, a implementação de normas e regulamentações, dentre outras coisas. No caso das condições crônicas, o “registro” de um paciente pode funcionar como um banco de dados para os serviços de prevenção e seguimento e auxiliar no monitoramento da postura do paciente em relação à aderência aos esquemas terapêuticos ou outras alterações importantes no quadro clínico com o passar do tempo”.
- (VI) **Falta de conexão com os recursos da comunidade:** “As organizações de saúde praticamente não integram os recursos comunitários ao tratamento dos pacientes que apresentam condições crônicas, deixando boa parte dos grupos de consumidores, voluntários e agências não governamentais virtualmente sem serem explorados”.

Finalmente, no nível Macro dos Sistemas de Saúde, a OMS identifica “problemas nas políticas”: “Grande parte da ineficiência dos sistemas de saúde se encontra no nível macro, ou da política. Esse é o nível em que os valores gerais, os princípios e as estratégias para a atenção à saúde são desenvolvidos e onde as decisões relativas à alocação de recursos são tomadas. Sem uma total coordenação nesse nível, é provável que os serviços de saúde sejam fragmentados e dispendiosos”.

Resumidamente, neste nível Macro são apontados os seguintes problemas: inexis-

tência de um quadro legislativo adequado; políticas e projetos de saúde arcaicos; os governos não investem de forma inteligente; sistemas de financiamento fragmentados; incentivos para os provedores desordenados; padrões e monitoramento são insuficientes; falta de educação continuada; vínculos intersetoriais são ignorados.

Por sua vez, Mendes (2011:45) afirma sobre esses mesmos temas: “Essa crise medular dos sistemas de atenção à saúde explica-se por fatores históricos, culturais e técnicos”.

De acordo com esse autor, citando Ham (2007),

“O paradigma predominante da doença aguda é um anacronismo. Ele foi formatado pela noção do século XIX da doença como uma ruptura de um estado normal determinada por um agente externo ou por um trauma. Sob esse modelo a atenção à condição aguda é o que enfrenta diretamente a ameaça. Mas a epidemiologia moderna mostra que os problemas de saúde prevalentes hoje, definidos em termos de impactos sanitários e econômicos, giram em torno das condições crônicas”.

No plano cultural, Mendes registra:

“A razão cultural para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde está nas concepções vigentes sobre as condições crônicas e sobre as formas de enfrentá-las, o que implicam o seu negligenciamento”.

Neste plano, recorrendo à OMS (2005) Mendes alinha dez idéias erradas sobre o tema. Entre estas vale destacar:

- (I) “As doenças crônicas afetam principalmente os países de alta renda. Isso não é verdade porque quatro de cada cinco mortes por doenças crônicas acontecem em países de baixa e média renda”.
- (II) “As doenças crônicas afetam principalmente as pessoas ricas. Isso não é verdade porque, em geral, as pessoas mais pobres, mais provavelmente que as ricas, irão desenvolver doenças crônicas e é mais possível que morram em consequência disso”.
- (III) “As doenças crônicas afetam as pessoas de idade. Isso não é verdade porque quase metade das mortes causadas por doenças crônicas ocorre prematuramente, em pessoas com menos de 70 anos de idade, e um quarto das mortes são em pessoas de menos de 60 anos de idade”.
- (IV) “As doenças crônicas não podem ser prevenidas. Isso não é verdade porque as principais causas das doenças crônicas são conhecidas e, se esses fatores de risco fossem eliminados, pelo menos 80% de todas as doenças cardíacas e do diabetes de tipo 2 poderiam ser evitados e 40% dos cânceres poderiam ser prevenidos”.

Finalmente, no plano técnico, Mendes ressalta que

“...a razão técnica para a crise dos sistemas de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos de agudização das condições crônicas – normalmente autopercebidos pelas pessoas – por meio da atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades de pronto atendimento ambulatorial ou hospitalar. E desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos mo-

mentos silenciosos das condições crônicas quando elas, insidiosa e silenciosamente, evoluem”.

Ainda sobre este tipo de atenção às condições crônicas e seus resultados desastrosos para a população e as políticas públicas, Mendes (2011:49) alinha, como exemplo, as consequências para um portador de diabetes do tipo 2:

“Pela lógica da atenção às condições agudas, essa pessoa quando se sente mal ou quando agudiza sua doença, busca o sistema e é atendida, na unidade de pronto-atendimento ambulatorial...; num segundo momento, apresenta uma descompensação metabólica e é internada numa unidade hospitalar[...] Contudo, nos intervalos entre esses momentos de agudização de sua condição crônica não recebe uma atenção contínua e proativa, sob a coordenação da equipe da atenção primária à saúde. Esse sistema de atenção à saúde que atende às condições crônicas na lógica da atenção às condições agudas, ao final de um período longo de tempo, determinará resultados sanitários e econômicos desastrosos. O portador de diabetes caminhará, com o passar dos anos, inexoravelmente, para uma retinopatia, para uma nefropatia, para a amputação de extremidades etc”.

E acrescenta, sobre as causas deste gravíssimo problema:

“A razão disso é que esse sistema só atua sobre as condições de saúde já estabelecidas, em momentos de manifestações clínicas exuberantes, autopercebidas pelos portadores, desconhecendo os determinantes sociais distais, intermediários e proximais, os fatores de riscos biopsicológicos e o gerenciamento da condição de saúde com base numa atenção primária à saúde de qualidade”.

Os resultados dessa forma de atenção das condições crônicas, através de sistemas de atenção à saúde voltados para a atenção a eventos agudos, são dramáticos. Não obstante, são muito valorizados pelos políticos, pelos gestores, pelos profissionais de saúde e pela população que é sua grande vítima”.

Mendes finaliza com um apelo veemente:

“Por tudo isso, é imprescindível mudar, radicalmente, essa lógica, implantando-se um novo arranjo do sistema de atenção à saúde que, além de responder às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas nas unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar, faça um seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe da atenção primária à saúde, e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária da rede de atenção, atuando, equilibradamente, sobre os determinantes sociais da saúde distais, intermediários e proximais, sobre os fatores de riscos biopsicológicos e, também, sobre as condições de saúde manifestas e suas sequelas” (grifos autor da dissertação).

O Novo Paradigma Necessário da Atenção à Saúde

A partir dos aspectos até aqui examinados ao longo deste capítulo, é possível dizer, sinteticamente, que a mudança radical nos sistemas de atenção à saúde, defendida pela OMS e proposta por Mendes, entre outros autores, implica na adoção de:

- (I) Modelos de Atenção à Saúde, específicos para as Condições Crônicas e as

Condições Agudas, e a incorporação da Gestão da Clínica.

- (II) **Proatividade** da Atenção Primária à Saúde (APS) e suas equipes, no sentido da busca sistemática da população e indivíduos sob a responsabilidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS), visando cadastrá-los, classificá-los e reclassificá-los por Condição de Saúde e riscos e acompanhar seu desenvolvimento, ao longo de suas vidas e nos três níveis de densidade tecnológica da rede, nas atividades de promoção da saúde, prevenção, tratamento, cura, recuperação e palição⁵⁴ de agravos.
- (III) **Participação** ativa e consciente dos indivíduos sob a responsabilidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS), ao longo de suas vidas, nas atividades e processos de promoção da saúde, prevenção, tratamento, cura, recuperação e palição de agravos⁵⁵.
- (IV) **Integralidade** de recursos necessários desde a APS até os níveis terciários de alta densidade tecnológica, para que se possa viabilizar uma Atenção à Saúde efetivamente integral para os indivíduos sob a responsabilidade da Rede de Atenção à Saúde (RAS), ao longo de suas vidas.
- (V) **Integração** das diversas unidades de saúde e pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), desde a APS até os níveis terciários de alta densidade tecnológica, por meio dos sistemas logísticos necessários, principalmente por meio dos sistemas de informações clínicas integrais e integrados, de modo que os indivíduos sob a responsabilidade da RAS possam nela transitar com segurança, recebendo a tempo a Atenção à Saúde necessária, em qualquer das unidades e níveis da rede.

Entretanto, como consequência, a adoção de tais requisitos implica em profundas mudanças na organização dos sistemas de saúde e na lógica da prestação dos serviços de saúde. Em seguida examinaremos as exigências de transformações na Organização da Atenção à Saúde decorrentes disto.

⁵⁴ Paliar – 3. aliviar provisoriamente; tratar com paliativo, remediar (Houaiss 2001).

⁵⁵ Nesta perspectiva, trata-se de superar a noção de “paciente”, aquele “que não pratica a ação expressa pelo verbo, mas a recebe ('sofre')” (cf. (Houaiss 2001)).

4.5.2. Os Modelos de Atenção à Saúde e a Estrutura de Serviços de Saúde necessária

4.5.2.1. Os Modelos de Atenção como "Sistemas Lógicos" da Estrutura de Serviços de Saúde necessária das Redes de Atenção à Saúde (RASs)

Mendes (2011:209) inicia a definição dos Modelos de Atenção à Saúde afirmando que "O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs...".

Esta afirmação é de grande importância para a compreensão das relações de determinação necessárias entre os diferentes conceitos e aspectos que integram o projeto de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) em seus níveis conceitual, lógico e físico.

Isto porque, com a expressão "um sistema lógico", o autor nos diz que, como vimos anteriormente, os Modelos de Atenção à Saúde definem e detalham os serviços de saúde que as RASs devem oferecer a cada população não do ponto de vista das características "físicas" desses serviços (seus componentes tecnológicos; seus quantitativos de profissionais; ou seus procedimentos clínicos e operacionais em sua forma final, "física"), mas, sim, do ponto de vista de suas características conceituais e lógicas, como são os tipos de componentes profissionais e tecnológicos, tipos de procedimentos e tipos de integração que expressam esses modelos de atenção, tal como definidos a partir das teorias, das evidências científicas e das melhores práticas.

Isto significa, por exemplo, que na transformação desses modelos de atenção (lógicos) nos respectivos serviços de saúde ("físicos"), os procedimentos que nos modelos de atenção devem ser executados por médicos, poderão sê-lo, nos respectivos serviços de saúde, executados por um, dois ou mais médicos, a depender não apenas das definições em seu "modelo lógico" (modelo de atenção), mas também de aspectos econômicos e operacionais ("físicos"), tais como a duração da jornada de trabalho e o número de pacientes. O mesmo vale, neste exemplo, para as outras categorias profissionais envolvidas em um procedimento qualquer definido em um modelo de atenção.

Assim, é desse modo "lógico" que os Modelos de Atenção à Saúde definem e detalham os serviços de saúde de que cada população e/ou subpopulação, cadastrada e classificada por Condição de Saúde e Riscos necessita, e que as RASs deverão executar, e o modo como deverão executá-los.

É nesta perspectiva que, como nos diz o autor, o Modelo de Atenção à Saúde "é um

sistema lógico que **organiza** o funcionamento das RASs”, pois assim cada modelo de atenção define como as RASs devem funcionar, do ponto de vista dos serviços de saúde que se obrigam a oferecer e, conseqüentemente, quando integrados, esses Modelos de Atenção fornecem os parâmetros sobre como a Estrutura dos Serviços de Saúde (Estrutura Operacional em Mendes) das RASs deve, ainda no plano lógico, ser organizada, e posteriormente, em seu projeto físico, deve ser construída, provida de recursos e operacionalizada para que possam oferecer os serviços de saúde que implementam os Modelos de Atenção necessários.

Assim, como se verá mais à frente, antes de se elaborar o projeto físico de uma RAS será necessário, pelas mesmas razões, elaborar o que poderíamos chamar de seu projeto lógico.

Esse projeto lógico das RASs é constituído, entre outros componentes: (I) pelos diversos Modelos de Atenção às Condições de Saúde Crônicas e Agudas que estas deverão oferecer em função das necessidades de atenção à saúde das populações adscritas; (II) pela integração desses modelos; e (III) pela conseqüente Estrutura de Serviços de Saúde (Estrutura Operacional em Mendes 2011) necessária à Rede de Atenção à Saúde (RAS) para a implementação daqueles Modelos de Atenção.

Já o projeto físico das RASs, que deriva desse projeto lógico, deve considerar também outros aspectos de caráter econômico e organizacional, tais como, entre outros: custos dos recursos; a necessidade de concentração ou dispersão das unidades operacionais e serviços; e as necessidades de sua disponibilidade e acessibilidade para os usuários — de modo a garantir a universalidade, a equanimidade, a eficiência, a eficácia e a efetividade dessas redes e dos serviços de saúde que oferecem.

4.5.2.2. As Linhas-Guia e os Protocolos Clínicos na construção das Redes Temáticas da Estrutura de Serviços de Saúde das RASs

Além da explícita declaração de que “O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs...”, Mendes (2011) fornece outras importantes indicações da precedência dos Modelos de Atenção sobre a elaboração da Estrutura de Serviços de Saúde (Estrutura Operacional) necessária das redes, ainda mesmo no nível lógico.

Neste sentido, além, como já vimos, da importância das Diretrizes Clínicas — Linhas-Guia e Protocolos Clínicos — para a definição das condutas necessárias para uma

atenção à saúde apropriada em relação a uma determinada condição de saúde, este autor oferece outros argumentos sobre a importância dessas diretrizes na definição da Estrutura de Serviços de Saúde (Estrutura Operacional) necessária das Redes de Atenção à Saúde (RASs).

Assim é que o autor afirma que:

“A conformação da estrutura operacional das RASs é feita a partir dos fluxos que estão nas linhas-guia...” (p. 113).

É dizer, a conformação da Estrutura de Serviços de Saúde das RASs é feita a partir dos fluxos que estão nas linhas-guia. Aqui Mendes refere-se, especificamente, à importância das Linhas-Guias na determinação das Redes Temáticas (RT), um dos principais componentes da Estrutura de Serviços de Saúde (Estrutura Operacional) necessária das RASs.

As Redes Temáticas constituem os circuitos da atenção às Condições de Saúde ou grupos específicos de subpopulações, tais “como as redes de atenção às mulheres e às crianças, as redes de atenção às doenças cardiovasculares, as redes de atenção às doenças respiratórias etc” (p. 87). Cada Rede Temática (RT) engloba a Atenção Primária à Saúde (APS) e os Pontos de Atenção Secundários e Terciários necessários, bem como os Protocolos Clínicos adequados, conforme as Condições de Saúde ou grupos específicos de subpopulações que são objeto daquela RT (p. 85 e ss).

Nesta perspectiva, conforme aquele autor, as Redes Temáticas devem ser definidas a partir da agregação das Linhas-Guias destinadas, no respectivo Modelo de Atenção, à abordagem da Condição de Saúde em foco, estruturada pelos diferentes graus de risco envolvidos.

Vale, neste ponto, recordarmos algumas das características, já examinadas, da Linha-Guia, conforme Mendes (2011:378):

“As linhas-guia normatizam todo o processo da condição de saúde, ao longo de sua história natural; assim, devem incorporar as ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relativas à condição de saúde. Ademais, normatiza as ações que se desenvolvem em todos os pontos de atenção de uma RAS (níveis de atenção primária, secundária e terciária à saúde) e nos sistemas de apoio.

Uma característica essencial das linhas-guia é que se desenvolvam por graus de risco, o que necessariamente envolve a estratificação dos riscos e que se normatizem as ações referentes a cada estrato singular. As linhas-guia não normatizam ações para gestantes ou hipertensos em geral, mas procuram estratificar essas condições de saúde em grupos de risco que exigem manejos clínicos específicos. Por exemplo, uma linha-guia

para atenção pré-natal e ao parto deve considerar manejos diferenciados para as gestantes de risco habitual e de alto risco; os portadores de hipertensão podem ser agrupados em riscos baixo, médio, alto e muito alto...”

Por isto, uma Rede Temática organizada para a atenção pré-natal e ao parto deve ser definida a partir da agregação dos diferentes segmentos da respectiva Linha-Guia, segmentos estes que consideram “manejos diferenciados para as gestantes de risco habitual e de alto risco” (ou seja, Pontos de Atenção e Protocolos Clínicos específicos).

O mesmo vale para a Linha-Guia relativa à abordagem da hipertensão e a respectiva Rede Temática (RT), uma vez que esta deve ser definida a partir da agregação dos diferentes segmentos daquela, os quais abordam os portadores de hipertensão agrupados em riscos baixo, médio, alto e muito alto, respectivamente.

Mendes (2011:113 e 114) sugere que, ao se planejar uma rede temática, a “utilização de uma matriz ajuda, do ponto de vista metodológico...”.

“Essa matriz cruza, em seu lado esquerdo, os níveis de atenção à saúde; no seu lado direito, os territórios sanitários; e, no seu centro, distribui a APS e os pontos de atenção secundária e terciária”.

O autor apresenta como exemplo “a aplicação da matriz na Rede Viva Vida da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais...” e acrescenta que este tipo de matriz “[...] pode ser aplicada a quaisquer redes temáticas de atenção à saúde”.

De acordo com Mendes:

“A Rede Viva Vida é um projeto estruturador do governo de Minas Gerais e que tem como objetivo reduzir a mortalidade infantil e materna no estado.

Essa rede surgiu das linhas-guia de atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, da atenção ao neonato e da atenção à criança.

Essas linhas-guia, construídas com base em evidências, preconizam que a gestante deve ser captada, no primeiro trimestre, pelo agente comunitário de saúde (ACS) e encaminhada à Unidade de APS para confirmação diagnóstica e classificação de risco.

Se a gestante for de risco habitual seu pré-natal será feito na Unidade de APS pela equipe do PSF. Se for de alto risco, o pré-natal será realizado, também, no Centro Viva Vida, uma unidade ambulatorial secundária de atenção especializada para mulheres e crianças, localizada no município--polo da microrregião. Se a gestante for de risco habitual, seu parto será feito na maternidade de risco habitual, localizada no município ou na sede microrregional. Se for de alto risco, o parto será realizado na maternidade de alto risco secundária, localizada na município-polo microrregional, ou na maternidade de alto risco terciária, localizada no município-polo macrorregional. As maternidades de alto risco terciária devem ter o suporte de uma casa de apoio à gestante e à puérpera.

A atenção às crianças de risco obedece à mesma lógica. A atenção ambulatorial especializada será realizada no Centro Viva Vida. A unidade de internação pediátrica secundária será localizada no hospital microrregional e a unidade pediátrica terciária no

hospital macrorregional...”.

E acrescenta, o autor:

“Assim, uma leitura atenta das linhas-guia permite fazer o desenho [desta Rede Temática] das RASs utilizando uma matriz que cruza os níveis e pontos de atenção à saúde e o territórios sanitários”.

Esta é a matriz resultante, com que Mendes (2011:114) descreve a Rede Temática (RT) Viva Vida.

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE			TERRITÓRIO SANITÁRIO
Atenção Terciária à Saúde	Maternidade de Alto risco Terciária	Casa da Gestante	Unidade de Internação Pediátrica de Nível Terciário	Macrorregião
Atenção Secundária à Saúde	Maternidade de Alto risco Secundária	Centro Viva Vida	Unidade de Internação Pediátrica	Microrregião
	Maternidade de Risco Habitual			
Atenção Primária à Saúde	UAPS / Equipe PSF			Município Área de Abrangência
	Agente Comunitário de Saúde			Microárea

Em seguida apresentamos uma visão global da nova Estrutura de Serviços de Saúde (Estrutura Operacional) necessária, segundo Mendes (2011), na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RASs). Esta Estrutura de Serviços de Saúde (Estrutura Operacional) inclui as Redes Temáticas (RT) que acabamos de examinar.

4.5.3. A Estrutura de Serviços de Saúde Necessária: integral e integrada

Mendes (2011:85) relaciona o que, em sua opinião, são os “três elementos fundamentais” de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS): “uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde”. No presente trabalho, em função dos componentes da Organização Necessária das RASs, definida no Capítulo 2, denominamos de Estrutura de Serviços de Saúde a Estrutura Operacional de Mendes.

Conforme buscamos evidenciar nos itens anteriores a partir de indicações desse

mesmo autor e de outros, do ponto de vista das relações de determinações necessárias para o adequado projeto e construção dessas redes, o trabalho deve partir das Populações e Subpopulações adscritas à rede e suas necessidades em saúde. Em função disto são definidos os Modelos de Atenção necessários para dar conta dessas necessidades e, em consequência, a Estrutura de Serviços de Saúde (Estrutura Operacional) e recursos necessários à atenção à saúde para implementar esses modelos.

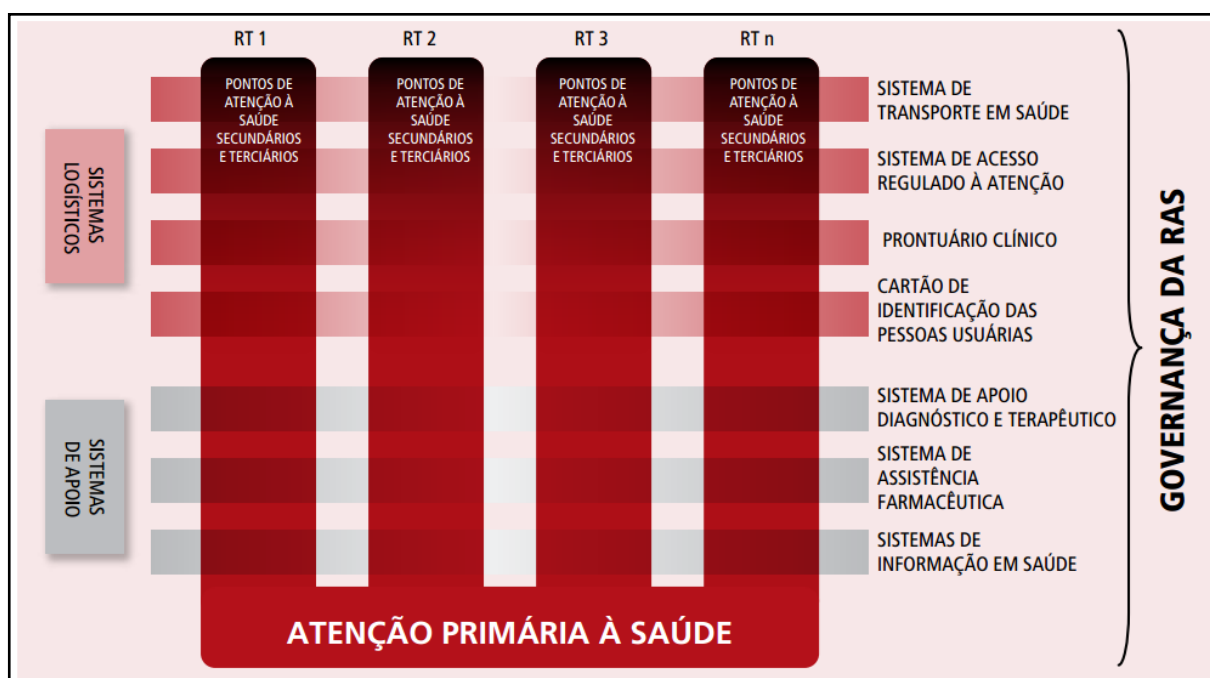
Ainda com base em Mendes (2011) vamos agora, nos limites desta dissertação, examinar brevemente alguns dos aspectos principais desta Estrutura de Serviços de Saúde (Estrutura Operacional) e recursos necessários às Redes de Atenção à Saúde (RASs), sempre lembrando que os componentes e recursos desta estrutura são aqui apresentados em seus aspectos lógicos, e não físicos, ou finais, na perspectiva de um projeto de redes.

O autor (p. 85 e ss) descreve inicialmente esta Estrutura de Serviços de Saúde (Estrutura Operacional) como sendo constituída por cinco componentes:

- (I) o centro de comunicação, a Atenção Primária à Saúde (APS);
- (II) os pontos de atenção à saúde secundários e terciários, organizados em Redes Temáticas (RTs);
- (III) os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde);
- (IV) os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde);
- (V) o sistema de governança.

No presente item examinaremos os componentes (I), (II) e (IV).

Mendes (2011:86) apresenta a seguinte figura que, num alto grau de abstração, representa graficamente a Estrutura de Serviços de Saúde (Estrutura Operacional) de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) e os componentes desta estrutura.



As Redes Temáticas (RTs)

Em primeiro plano na figura, a destacar seu papel principal na Estrutura de Serviços de Saúde (Estrutura Operacional), estão as Redes Temáticas (RT). São, por exemplo, “as redes de atenção às mulheres e às crianças, as redes de atenção às doenças cardiovasculares, as redes de atenção às doenças respiratórias etc”. Vale lembrar que a construção das Redes Temáticas (RTs), incluindo a matriz auxiliar para esta finalidade, foram examinadas em mais detalhes no item anterior.

Visando estabelecer de modo definitivo as características fundamentais da organização necessária dos sistemas de saúde em redes, Mendes inicialmente adverte contra a errônea percepção de identidade entre Rede Temática (RT) e os tradicionais “programas verticais”. Conforme o autor:

“Os programas verticais são aqueles sistemas de atenção à saúde dirigidos, supervisionados e executados, exclusivamente por meio de recursos especializados[...] Por exemplo, um programa vertical de tuberculose já se organizou, tempos atrás, com um dispensário de tuberculose, um sanatório de tuberculose, um laboratório para exames de tuberculose etc[...] Os programas verticais [...] fragilizam os sistemas de atenção à saúde, desperdiçam recursos escassos e apresentam problemas de sustentabilidade...” (p. 87).

Esses resultados dos “programas verticais”, quanto contrastados com as Redes de Atenção à Saúde (RASs) e sua organização necessária, ocorrem basicamente porque aqueles programas inviabilizam um dos requisitos básicos das redes, que é o de sua or-

ganização “para resolver vários problemas de saúde comuns, estabelecendo visão e objetivos únicos e usando tecnologias e recursos compartilhados para atingir os seus objetivos”.

Neste sentido o autor conclui que “as RASs, ainda que estruturadas tematicamente, são incompatíveis com os programas verticais, já que, nelas, conforme se vê na Figura..., somente os pontos de atenção à saúde secundários e terciários são verdadeiramente temáticos. Diferentemente, a APS, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são comuns a todas as redes e organizam-se de forma transversal nas Redes de Atenção à Saúde (RASs)”.

De acordo com Mendes

“[...] Recentemente, vem-se consolidando, na saúde pública, um posicionamento favorável à superação da falsa dicotomia entre programas verticais e horizontais, estendendo essa metáfora geométrica para os programas diagonais, onde se combinam os objetivos singulares de determinadas condições de saúde com uma estrutura operacional que organize, transversalmente, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos, o sistema de governança e, sobretudo, a APS[...]. A forma mais adequada de se organizarem, diagonalmente, os sistemas de atenção à saúde, é por meio das RASs.

A organização diagonal dos sistemas de atenção à saúde pelas RASs manifesta-se numa parte temática restrita, exclusivamente, aos pontos de atenção secundários e terciários. Isso se impõe em razão da divisão técnica do trabalho que exige, nesses pontos, a especialização. Todos os demais componentes das redes de atenção à saúde, a APS, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são transversais a todas as redes temáticas, sendo, portanto, comuns a todas elas...”.

Assim, vale destacar que, conforme este autor, na organização da Estrutura de Serviços de Saúde das Redes de Atenção à Saúde (RASs), com exceção dos “pontos de atenção à saúde secundários e terciários” das Redes Temáticas (RTs), todos os demais recursos e “componentes das redes das redes de atenção à saúde, a APS, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança são transversais a todas as redes temáticas, sendo, portanto, comuns a todas elas...”.

A Rede de Urgência e Emergência como uma Rede Temática (RT)

Na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RASs) a Rede de Urgência e Emergência pode ser considerada uma Rede Temática (RT), excluído aqui o papel de centro de comunicação e coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS). Isto é verdadeiro principalmente se considerarmos que nela o papel da APS, quanto à divisão de trabalho entre esta e os pontos de atenção secundários e terciários, é semelhante aos das demais Redes Temáticas (RTs), como vimos no item relativo às diferentes funções da atenção primária à saúde nos modelos de atenção às condições crônicas e agudas.

A Atenção Primária à Saúde (APS)

Outro ponto de grande importância para a correta compreensão da organização e operação de uma RASs são as funções que devem ser desempenhadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), e as condições necessárias para isto (Mendes 2011:88 e ss).

Sinteticamente é possível dizer que essas funções englobam as de: (I) “porta de entrada” da rede; (II) responsável pela manutenção de informações cadastrais, epidemiológicas e clínicas das populações adscritas; (III) de primeiro nível das Redes Temáticas (RTs); e (IV) a de “centro de comunicações” e “coordenação dos fluxos e contrafluxos dos pacientes ao longo dos três níveis de complexidade tecnológica das redes”. Adicionalmente a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser resolutiva em todos aqueles agravos e Condições de Saúde que sejam sensíveis a este nível de atenção.

Entretanto, algumas condições são essenciais para que isto se realize. Tais condições podem ser resumidas nos seguintes aspectos:

- (I) disponibilidade de recursos humanos e tecnológicos de atenção à saúde, integrais e integrados, na APS, para que esta possa assumir as responsabilidades de ser “porta de entrada” da rede e de coletora e provedora de informações cadastrais, epidemiológicas e clínicas das populações adscritas, uma vez que para isto a APS deve “articular-se, intimamente, com a população, o que implica não ser possível falar-se de uma função coordenadora dessas redes [pela APS] se não se der, nesse nível micro do sistema, todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo da equipe de saúde com a população adscrita, estratificada em subpopulações e organizada, socialmente, em famílias” (p.85).
- (II) disponibilidade de recursos humanos e tecnológicos de atenção à saúde, integrais e integrados, na APS, para que esta possa efetivamente ser resolutiva em todos aqueles agravos e Condições de Saúde que sejam sensíveis a este nível de atenção.
- (III) implantação e integração das Redes Temáticas (RTs) necessárias, e disponibilidade de recursos humanos e tecnológicos de atenção à saúde, integrais e integrados, na APS e nos níveis secundário e terciário da rede, para que a Atenção Primária à Saúde (APS) possa exercer a função de porta de entra-

da da rede e primeiro nível de suas Redes Temáticas (RTs).

(IV) disponibilidade de recursos humanos e tecnológicos, integrais e integrados, ao longo de toda a rede, em particular sistemas de informações clínicos integrais e integrados, necessários para que a APS possa exercer a função de coordenação dos fluxos e contrafluxos dos pacientes ao longo dos três níveis de complexidade tecnológica das redes.

Após defender extensamente a necessidade de mudanças na Atenção Primária à Saúde (APS), Mendes (2011:96) advoga:

“As mudanças da APS implicam que ela seja apropriada como uma estratégia de reorganização dos sistemas de atenção à saúde e, não meramente, como um programa para pobres em regiões pobres ou como um nível de atenção à saúde exclusivamente[...] A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde implica entendê-la como uma forma singular de apropriar, recombinar, reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demandas e representações da população, o que resulta em sua articulação como centro de comunicação das redes de atenção à saúde”.

Os Pontos de Atenção Secundária e Terciária

Os pontos de atenção à saúde secundários e terciários são os únicos elementos temáticos das Redes de Atenção à Saúde (RASs), na proposta de Mendes (2011:100 e ss).

Um importante aspecto a notar sobre os pontos de atenção à saúde, sejam eles de nível secundário ou terciário, é que “os pontos de atenção à saúde não são, necessariamente, iguais a estabelecimentos [*unidades*] de saúde”.

De acordo com Mendes, em geral os pontos de atenção secundária e terciária estão localizados, respectivamente, em unidades ambulatoriais e em unidades hospitalares, podendo aquelas estar situadas num hospital ou em unidades próprias.

A respeito desta diferença entre pontos de atenção à saúde e estabelecimentos (unidades) de saúde, Mendes (2011:100) esclarece que:

“Por exemplo, um hospital, por ser uma unidade de saúde que oferta muitos produtos diferenciados, pode conter vários pontos de atenção à saúde: a unidade de terapia intensiva de neonatologia e a maternidade são pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção à mulher e à criança; o centro cirúrgico e as enfermarias de clínica médica são pontos de atenção à saúde de uma rede de atenção às doenças cardiovasculares; a unidade de quimioterapia e radioterapia são pontos de atenção de uma rede de atenção às doenças oncológicas; a unidade de terapia intensiva de adultos é um ponto de atenção da rede de atenção às urgências e às emergências etc”.

Relativamente aos hospitais, Mendes destaca:

“Os hospitais, como integrantes de uma RAS, desempenham funções diferenciadas em relação aos hospitais nos sistemas fragmentados de atenção à saúde. A razão é clara: as RASs caracterizam-se pela poliarquia, o que é incompatível com hospitalocentrismo que marca os sistemas fragmentados.

Dessa forma, os hospitais devem estar inseridos, sistemicamente e de forma integrada, como organizações que contêm pontos de atenção de diferentes redes temáticas de atenção à saúde. Portanto, o hospital, na RAS, deve ser avaliado, entre outras variáveis, por sua sistemicidade, ou seja, como parte integrante dessas redes, articulado com outros pontos de atenção à saúde e com os sistemas de apoio” (idem:108).

Também de acordo com Mendes (2011:100),

“Conceitualmente, os pontos de atenção secundária e terciária são nós das RASs em que se ofertam determinados serviços especializados, gerados através de uma função de produção singular. Eles se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciária mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundária e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente. Contudo, na perspectiva das redes poliárquicas, não há, entre eles, relações de principalidade ou subordinação, já que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das Redes de Atenção à Saúde (RASs)”.

Esta última noção é de grande importância para que seja superado de vez o nocivo conceito de “nível hierárquico”, utilizado no SUS para retratar os diferentes níveis necessários de densidade tecnológica dos pontos de atenção à saúde, que se distribuem pela Atenção Primária à Saúde (APS) e pelos níveis secundários e terciários da atenção.

Mendes registra que, sendo os únicos elementos temáticos das Redes de Atenção à Saúde (RASs), os pontos de atenção secundários e terciários “por isso, são considerados, por exemplo, nas organizações sanitárias integradas espanholas, como serviços de atenção especializada...”.

Na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RASs), esta noção dos pontos de atenção secundários e terciários como elementos temáticos, “serviços de atenção especializada”, não deve ser confundida com a concepção, largamente em prática no SUS, dos “centros de especialidades médicas”. Os “centros de especialidades médicas”, como instituições autônomas e abertas ao acesso direto do público, violam os conceitos fundamentais das Redes de Atenção à Saúde (RASs) e inviabilizam sua implementação (Mendes 2011:101 e ss).

A figura a seguir apresenta um importante resumo das principais diferenças entre os centros de especialidades médicas e os pontos de atenção secundária de uma rede (Mendes 2011:103).

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA DE UMA RAS
Planejamento da oferta	Planejamento das necessidades
Unidade isolada sem comunicação fluida com outros níveis de atenção	Ponto de atenção à saúde com comunicação em rede com os outros níveis de atenção
Sistema aberto	Sistema fechado
Autogoverno	Governo pela APS
Acesso regulado pelos gestores da saúde, diretamente no complexo regulador	Acesso regulado diretamente pela equipe de APS
Atenção focada no cuidado do profissional médico especialista	Atenção focada no cuidado multiprofissional
Relação entre generalista e especialista: ou inexistente ou faz-se por referência e contra-referência sem conhecimento pessoal e sem trabalho conjunto	Relação entre generalista e especialista: relação pessoal com trabalho clínico conjunto
Decisões clínicas não articuladas em linhas-guia e em protocolos clínicos, construídos com base em evidências	Decisões clínicas articuladas em linhas-guia e em protocolos clínicos, construídos com base em evidências
Prontuários clínicos individuais, não integrados em rede	Prontuários clínicos eletrônicos, integrados em rede, especialmente com a APS
Não utilização das ferramentas da gestão da clínica	Utilização rotineira das ferramentas da gestão da clínica
Função meramente assistencial	Função assistencial, supervisonal, educacional e de pesquisa
Pagamento por procedimento	Pagamento por orçamento global ou capitação ajustada

Os Sistemas Logísticos das Redes de Atenção à Saúde

O segundo conjunto de recursos mais importantes da Estrutura de Serviços de Saúde (Estrutura Operacional) das Redes de Atenção à Saúde (RASs) são os Sistemas Logísticos, que, na terminologia de Mendes (2011:85 e ss), englobam o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção e os sistemas de transporte em saúde.

De acordo com este autor (p. 137 e ss),

“Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas RASs, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nessas redes”.

Não cabe, nos limites desta dissertação, explorar em detalhes o conjunto do que Mendes alinha como Sistemas Logísticos.

Entretanto, tendo em vista os objetivos deste trabalho, a partir das informações de Mendes (2011:137 e ss) e da própria experiência do autor desta dissertação, vamos alinhar alguns comentários sobre o que talvez seja o mais importante desses sistemas logísticos, que denominaremos “Sistema de Informações Clínicas”. Este “sistema” engloba, entre outros módulos, conjuntos de informações e funções, aqueles a que Mendes se refere como o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, e os sistemas de acesso regulado à atenção⁵⁶.

O Sistema de Informações Clínicas tem a função principal de garantir a correta atuação dos diferentes atores de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a comunicação e integração entre eles, tendo como foco principal a atenção, integral e integrada, à saúde de cada cidadão das populações e subpopulações adscritas à rede, em todos os níveis de densidade tecnológica desta.

Com essa função principal, este sistema só se viabiliza se for construído com base nas tecnologias de informação e comunicação (TICs).

Além disto, em um alto nível de abstração, é possível dizer que este sistema deve incluir os seguintes módulos integrais e integrados:

- (I) Cadastro das populações e subpopulações adscritas, por condições de saúde e riscos (cartão de identificação das pessoas usuárias – Mendes 2011:138)
- (II) Prontuários Clínicos das populações e subpopulações adscritas (Mendes 2011:139)
- (III) Cadastro dos profissionais de saúde da rede

⁵⁶ Para uma experiência estrangeira bem sucedida ver, em Servicio Andaluz de Salud (2010), o sistema Diraya - Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria, totalmente integrado e digitalizado.

(IV) Cadastro de Unidades e Serviços de Saúde

(V) Diretrizes Clínicas: Linhas-Guia, Protocolos Clínicos etc.

(VI) Agenda para marcação de consultas e exames

(VII) Subsistema de referência, contrarreferência e regulação

- Marcação de consultas e exames
- Marcação de Cirurgias e Internações

Sobre a importância deste tipo de sistema e de seus diferentes módulos e componentes, Mendes (2011:139 e ss) observa que:

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

“[...] Na gestão da clínica, os prontuários eletrônicos são fundamentais para permitir o registro das pessoas usuárias por subpopulações estratificadas por riscos e para emitir alertas e dar feedbacks aos profissionais de saúde e às pessoas...”

“[...] Os prontuários clínicos são instrumentos fundamentais para a organização do processo decisório clínico, vez que padronizam a informação de saúde que é heterogênea, inerentemente produzida, complexa e pouco estruturada. Essa padronização permite reduzir a complexidade e produzir decisões mais eficientes e efetivas.

O prontuário eletrônico é um conjunto de dados de saúde, armazenados em meio eletrônico e agregados pelo identificador unívoco da pessoa usuária. Idealmente esse conjunto de dados deveria representar o registro dos eventos relacionados à saúde da pessoa, do nascimento até a morte...”

“[...] Os prontuários eletrônicos únicos podem [na verdade devem] ser parte de um sistema mais amplo de registro eletrônico de saúde. Os registros eletrônicos de saúde são sistemas de centralização dos dados sobre as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde, organizados a partir da identificação dessas pessoas, de forma longitudinal, envolvendo todos os pontos de atenção à saúde e todos os serviços prestados...”

“[...] Os prontuários clínicos, em geral, são individuais. Mas para instituições que se baseiam na saúde da família, como é o caso do SUS, esses prontuários devem ser familiares. Na prática, isso significa que a unidade de registro é a família, com seus membros, e que a formatação do prontuário deve incorporar ferramentas de abordagem familiar como o genograma, a classificação de riscos familiares etc...”

“...A construção dos registros de condições de saúde é um processo que envolve: identificar a população total de responsabilidade do sistema de atenção à saúde; dividir essa população total em subpopulações por riscos; estabelecer metas para as diferentes subpopulações; com base na literatura, estabelecer as intervenções de efetividade com-

provada para cada subpopulação de risco; avaliar a brecha entre as intervenções ideais e as intervenções realmente ofertadas; programar as intervenções a serem ofertadas; monitorar, por subpopulações, as intervenções e as metas definidas; definir as fontes, a periodicidade e a responsabilidade da produção das informações a serem monitoradas; compilar os dados das diferentes fontes de informação; analisar essas informações e apresentá-las de forma amigável para os seus diferentes utilizadores; criar mecanismos de feedbacks, alertas e lembretes para os profissionais de saúde; criar sumários clínicos para serem usados, pelos profissionais, nos diferentes tipos de cuidado; automatizar o processo; garantir a atualização constante das informações; e promover a educação dos profissionais para o uso do registro...”

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1. A Contradição Principal das Redes de Atenção à Saúde do SUS

No Capítulo 2 deste trabalho identificamos, na CF88 e na Lei 8.080 de 1990, a Organização Necessária e a Organização Atual das Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Ainda naquele capítulo, sugerimos que a principal contradição das Redes de Atenção à Saúde do SUS está no permanente conflito entre a Organização Necessária dessas redes e a essência federativa e municipalista de sua Organização Atual, resultando nos graves problemas de carências, fragmentação, desintegração e instabilidade organizacional das redes do SUS e de sua prestação de serviços de saúde.

Evidenciamos também que, devido à sua descentralização municipalista efetivamente adotada com base no poder autônomo dos entes federativos, desde então todo o processo de modelagem, regulamentação e implantação das Redes de Atenção à Saúde do SUS expressa a luta por fazer convergir a Organização Atual dessas redes para sua Organização Necessária.

Como vimos no Capítulo 3, devido à **essência federativa e municipalista** de sua **Organização Atual**, as Redes de Atenção à Saúde do SUS são governadas, projetadas, construídas, providas de recursos, gerenciadas e operacionalizadas por milhares de entes federativos: 5.564 municípios, 26 estados, 1 DF e a União Federal, todos com autonomia político-administrativa no interior dessas redes⁵⁷.

Isto resulta em que, mesmo com os esforços e reforços de seus processos de Regionalização, por força da autonomia político-administrativa daqueles milhares de entes federados no interior das redes do SUS, de nosso quadro político e partidário, bem como das eleições que se sucedem a cada dois anos, as Redes de Atenção à Saúde do SUS **há 25 anos** são governadas, projetadas, construídas, providas de recursos, gerenciadas e operacionalizadas por **milhares de transitórios gestores federativos** (gestores políticos), aos quais se somam outros **milhares de transitórios gestores técnicos** (nomeados por aqueles) responsáveis por suas Unidades Operacionais e Serviços de Saúde.

Vale repetir que este federalismo sanitário, em três níveis e nessas dimensões, **é ú-**

⁵⁷ O número de municípios pode aumentar significativamente: "Partidos querem criar 419 novos municípios" (O GLOBO 2013), sobre o Projeto de Lei Complementar PLP 416/2008, que transfere para as Assembleias Legislativas Estaduais a competência para a criação de novos municípios, hoje do Congresso Nacional.

nico no mundo (Arretche 1999:114; Abrúcio 2003; Mendes 2011:166).

Por outro lado, no Capítulo 4, examinando o cerne da Organização Necessária das Redes de Atenção à Saúde do SUS, vimos que esta organização é uma condição *sine qua non* de sistemas públicos nacionais que se pretendam universais e equânimes como o SUS e, por isto, é uma condição fundamental para que o SUS possa oferecer uma atenção à saúde efetivamente universal, integral, integrada, equânime, tempestiva e de qualidade, em todo o território nacional.

Assim, para que se perceba com clareza a contradição aqui sugerida, basta lembrar que:

- (I) Como vimos no Capítulo 4, a Organização Necessária dessas redes, além de extremamente complexa quanto aos seus componentes e sua construção, tem como requisitos insuperáveis: estrutura nacional integrada distribuída por regiões de saúde; integralidade e integração de unidades operacionais, recursos, métodos e serviços, em todos os níveis de densidade tecnológica; e unidade, coesão e estabilidade organizacionais.
- (II) Ao contrário, como visto no Capítulo 3, em decorrência de sua essência federativa e municipalista, de seus complexos e instáveis processos de regulamentação e implementação, das eleições que se sucedem a cada dois anos e daqueles milhares de transitórios gestores políticos e gestores técnicos responsáveis pela construção e operação das redes do SUS, a Organização Atual dessas redes é necessariamente múltipla e instável, e, por isso mesmo, forçosamente fragmentadora e desintegradora relativamente a todos aqueles componentes da Organização Necessária dessas redes e à exigência de seus requisitos de organização em regiões de saúde, integralidade, integração, unidade, coesão e estabilidade organizacionais em todo o território nacional.

São já 25 anos de evidências desta contradição fundamental.

5.2. Consequências da Contradição Principal das Redes do SUS

É necessário inicialmente destacar que a essência federativa e municipalista da Organização Atual das redes do SUS, bem como seus complexos e instáveis processos de regulamentação e implementação, historicamente tornaram impossível que esta pudesse convergir para a Organização Necessária dessas redes. Na verdade, a primeira cada vez

mais diverge da segunda, em todos os componentes e requisitos desta anteriormente mencionados.

Esta contínua divergência entre os dois modos de organização ocorre porque, como vimos, apesar dos esforços e reforços dos processos de Regionalização das Redes de Atenção à Saúde do SUS, devido ao caráter federativo e municipalista da Organização Atual dessas redes a autonomia político-administrativa dos milhares de entes federativos (União, estados e municípios) continua internalizada nesta organização.

Por isto, a autonomia político-administrativa da União, estados e municípios, bem como suas profundas diferenças de interesses, recursos e capacidades, continuam a ter papel determinante na modelagem, normatização, construção, provisão de recursos e manutenção das Redes de Atenção à Saúde do SUS, apesar dos esforços e reforços dos processos de Regionalização dessas redes.

Essa divergência entre a Organização Atual e a Organização Necessária das redes do SUS tende a se agravar, pelas razões alinhadas em seguida.

Em consequência da imensa desintegração de sua Organização Atual, bem como da instabilidade e complexidade de seus processos de normatização e implantação, 25 anos após sua criação na CF88 as Redes de Atenção à Saúde do SUS são ainda organizações em lento, instável, complexo e frágil processo de construção.

Uma forte evidência disto pode ser percebida, por contraste, na publicação pelo Ministério da Saúde em 30.12.2010, **22 anos após a criação do SUS**, da Portaria GM nº 4.279, que “Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (Brasil 2010).

Como já mencionado em capítulo anterior, **22 anos** após a criação do SUS esta portaria estabelece que “O presente documento **trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como 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 (SUS)** com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência” (grifos do autor da dissertação).

Além disto, diz a portaria, “...Esse documento estabelece os **fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS**, entendendo que **o seu aprofundamento constituirá uma série de temas técnicos e organizacionais a serem desenvolvidos**,

em função da agenda de prioridades e da sua modelagem. ...” (idem).

Ou seja, a leitura desavisada do texto desta norma levaria a pensar que ela havia sido publicada em algum dia do ano 1989, de modo a reger a construção das redes do SUS, criadas, um ano antes, na CF88. Esta percepção mais ainda se aplicaria se considerarmos a segunda parte do trecho citado, que promete “uma série de temas técnicos e organizacionais a serem desenvolvidos, em função da agenda de prioridades e da sua modelagem” (mais 25 anos?).

Além disto, devido: (I) à essência federativa e municipalista de sua Organização Atual; (II) à autonomia político-administrativa daqueles milhares de entes federados no interior das redes do SUS; (III) às características fragmentadas e fragmentárias de nosso quadro político e partidário; (IV) às eleições que se sucedem a cada dois anos; e (V) ao fisiologismo, clientelismo, personalismo, patrimonialismo e outros “ismos” que caracterizam nossa prática política e eleitoral — as Redes de Atenção à Saúde do SUS são fortemente impactadas periodicamente a cada dois anos, em todos os entes dos três níveis da federação, pela substituição de milhares de gestores políticos e técnicos de seus organismos de gestão e unidades operacionais, com graves consequências para seu desempenho e a prestação dos serviços de saúde, como destacaram Paim e Teixeira (2007:1820 a 1821):

“[...] A falta de profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços comprometem a reputação do SUS perante os cidadãos e a expectativa dos servidores públicos enquanto trabalhadores e partícipes de um projeto civilizatório do escopo da Reforma Sanitária Brasileira ...”

Esses impactos bianuais sobre as redes do SUS, como sublinhado no Capítulo 3, acarretam não apenas a descontinuidade de sua gestão e operação em todos os níveis, mas também a periódica perda de um valioso conhecimento sobre as características e a dinâmica dessas redes, conhecimento este que se vai com os gestores, assessores e equipes substituídos. Essa contínua perda de conhecimento acarreta, como também destacado naquele capítulo, um grande esforço na contínua formação dos novos gestores, assessores e equipes.

Por força da essência federativa e municipalista de sua Organização Atual, as Redes de Atenção à Saúde do SUS se transformaram em um complexo quebra-cabeças, não apenas devido às consequências negativas das eleições e da política partidária, mas também devido às milhares de **iniciativas autônomas** da União Federal, estados e muni-

cípios para a implementação de alternativas, as mais diversas, de substituição da administração direta do Estado na provisão de recursos humanos e na gestão dos recursos, equipamentos e instalações das redes do SUS. Essas iniciativas se valem de empresas e fundações públicas e privadas, OSs, OSCIPs, cooperativas etc. Definições dessas organizações e alguma literatura sobre sua adoção pelos entes federativos estão em Paraná (2013).

A mais recente e notória dessas iniciativas autônomas é o Programa Mais Médicos do Ministério da Saúde (BRASIL 2013c), que, independentemente de seus resultados e das intenções do Governo Federal, passou por cima de estados, municípios e dos processos de Regionalização e provisão adequada das redes do SUS, processos estes regulamentados por leis e decretos como vimos no Capítulo 3.

Entretanto vale notar, contra as teorias conspiratórias, que na Organização Atual das redes do SUS, federativa e municipalista, aquelas iniciativas autônomas não decorrem exclusivamente de desvios ideológicos ou de conduta dos milhares de gestores federativos dessas redes, pois mesmo os mais honestos e bem intencionados, limitados seja pelas carências administrativas e econômicas da maioria dos entes federativos, seja pela pressão político-eleitoral por realizações no prazo de seus mandatos, investem maciçamente naquelas alternativas:

Depois de tantas promessas frustradas de redenção da rede assistencial pública, a tendência de governantes - que buscam responder às demandas por saúde dentro do limite de seus mandatos - têm sido delegar cada vez mais atribuições estatais à iniciativa privada. Essa inclinação privatizante não reverteu e nem sequer amenizou o quadro de dificuldades da população em acessar e utilizar os serviços de saúde. (COSTA et alii 2013).

Por tudo isto, ao longo de seus 25 anos as Redes de Atenção à Saúde do SUS se tornaram uma organização “teratológica”, porque composta por milhares de partes que, na essência, obedecem cada uma a um “cérebro” diferente. Esta “conta” inclui, além dos milhares de seus gestores federativos, os milhares de gestores “técnicos” de suas unidades operacionais próprias, conveniadas e contratadas.

Por essas razões, devido à essência federativa e municipalista de sua Organização Atual as redes do SUS são **congenitamente** instáveis, incompletas e frágeis, sujeitas a todo o tipo de carências e ataques, e **se constituíram em um sistema de saúde pobre para os pobres**, pois os que podem tentar se livrar do SUS com planos e seguros de saúde privados, inclusive os servidores públicos por meio de suas entidades representati-

vas:

As proposições de inclusão nos acordos com as entidades de representação de servidores públicos de cobertura de planos e seguros privados confirmam o afastamento da própria burocracia pública da trincheira da luta pela universalização do direito à saúde e a aproximação das entidades de representação de trabalhadores e servidores públicos ao empresariamento privado [...] (BAHIA 2009:759).

Até os segmentos mais desfavorecidos das camadas trabalhadoras tentam se livrar do SUS, neste caso com planos de saúde “caça-níqueis” (BAHIA *et alii* 2013).

Hoje a fuga para os planos e seguros privados de saúde inclui todos os acadêmicos que analisam e debatem o SUS e suas redes, todos os gestores dessas redes em todos os níveis e todos os seus funcionários, bem como o conjunto dos gestores e funcionários públicos em todos os níveis da federação. Além destes temos também os funcionários de grandes e médias empresas, estatais e privadas, beneficiados com planos de saúde empresariais.

Ou seja, os formadores de opinião, os que têm maior acesso aos meios de comunicação e debate, e os decisores em todas as instâncias federativas e poderes da República “**não necessitam**” do SUS, não apenas no sentido de que não o têm como sua primeira opção de plano de saúde, mas também, e muito mais simbólico, no sentido de que dele, como usuários em potencial, querem se livrar a todo custo.

Tudo isto **resulta numa profunda e crescente fragilidade política do SUS e de suas redes de atenção à saúde**, o que, por sua vez, realimenta todo seu processo de esvaziamento.

Não por acaso convivemos, na provisão de serviços do SUS, com uma crescente participação do setor privado, lucrativo ou não, e com o avanço dos planos e seguros privados de saúde no mercado nacional, o que reforça a fragilidade congênita do sistema.

É por meio dessa rede de atenção à saúde fragmentada e fragilizada, com milhares de gestores e provedores autônomos (União, estados, municípios e setor privado), que o SUS se defronta no mercado de saúde com um setor privado fornecedor de serviços, insumos e equipamentos cada vez mais oligopolizado. Ou seja, nos três níveis da federação, ao longo dos anos o SUS gasta bilhões de reais em suas aquisições de recursos para investimento e custeio em suas redes e, no mais das vezes, não se beneficia do poder de negociação e dos ganhos de escala que poderia ter nessas compras.

Por tudo o que foi alinhado anteriormente, o SUS, em sua parcela mais importante, substancial e visível, que são suas Redes de Atenção à Saúde e os serviços de saúde

que oferecem, **nunca foi uma Política Pública de Estado, mas, sim, uma política de (milhares) de governos.**

Como vimos, o longo processo de regionalização das Redes de Atenção à Saúde do SUS tenta superar essas contradições sem sucesso, pois, entre muitos outros obstáculos, a grande diversidade de interesses e recursos culturais, políticos, técnicos, administrativos e financeiros, entre os membros da federação brasileira, torna o processo de regionalização, construção, provisão de recursos e manutenção de redes de atenção à saúde integrais e integradas extremamente complexo, e, por isto, inviável no contexto da Organização Atual dessas redes, federativo e municipalista.

Tudo isto continua sendo a realidade das redes do SUS, inclusive na fase atual da Regionalização.

Por um lado porque aquela diversidade de interesses, competências e capacidades entre os entes federativos integrantes das Regiões, juntamente com a autonomia político-administrativa destes, determinam que a Região de Saúde careça da autoridade e de condições suficientes para superar esses obstáculos e as fronteiras geopolíticas de seus membros, problemas estes que são todos internalizados pela estrutura e pela funcionalidade das redes de saúde do SUS, inviabilizando as necessárias integralidade, integração e qualidade destas e da prestação de serviços de saúde que oferecem.

Por outro lado, e pelas mesmas razões, devido ao fato de que, mesmo na hipótese de que o processo de regionalização garanta a produção de projetos de rede de saúde extremamente bem elaborados, **o que não é verdade**, a construção, operação e manutenção das diferentes partes dessas redes e de suas unidades operacionais, bem como sua provisão de recursos humanos e tecnológicos, continua sendo da responsabilidade concomitante de vários municípios, dos estados, e da União, os quais, abrigados por suas autonomias político-administrativas e em meio às suas profundas diferenças de interesses, capacidades e recursos, na melhor das hipóteses construirão e proverão de recursos essas partes das redes e suas unidades do modo e com a qualidade que lhes for possível, por meio de seus complexos e frágeis processos políticos e administrativos.

Um exemplo e resultado direto de tudo isto é a existência dos Complexos e Centrais de Regulação do Acesso às Redes de Atenção à Saúde, que, como vimos no Capítulo 3, atuam como se fossem verdadeiras fronteiras de países independentes no interior dos Sistemas de Referência e Contrarreferência que deveriam gerir com normalidade os flu-

xos de pacientes nas redes. Fronteiras estas com suas “barreiras” dedicadas à complexa concessão de “vistos de entrada” aos pacientes que, em demanda por serviços de saúde, se defrontam com uma oferta desses serviços sempre escassa, desorganizada e instável.

Vale sublinhar aqui outra consequência de tudo isto, também referida no Capítulo 3: o grave fenômeno conhecido como “judicialização da saúde pública”, resultado das enormes carências e desintegração das redes de atenção à saúde.

São já 25 anos de evidências e consequências da contradição fundamental aqui apontada, entre a essência federativa e municipalista da Organização Atual das redes do SUS e os requisitos da Organização Necessária dessas redes.

Aparentemente foi a percepção desta contradição, por outros caminhos, que levou Campos (2007:306) a apontar, como questão essencial a ser enfrentada, os

[...] entraves já identificados decorrentes da atual legislação, **que simplesmente estendeu para o SUS o modelo de gestão do Estado brasileiro** [a essência federativa e municipalista da Organização Atual de suas redes, fragmentadora e desintegradora], **sem considerar as especificidades do campo da saúde e do SUS em particular** [especificidades que definem sua Organização Necessária]” (grifos e acréscimos do autor da dissertação).

Também Paim e Teixeira (2007:1820 a 1821) insistem em tese semelhante:

[...] Por outro lado, a “**blindagem**” do SUS mediante nova “**institucionalidade**” assegurando a profissionalização da gestão e carreiras específicas (gestor, saúde da família, administração hospitalar, etc.) **requer um novo ente jurídico da organização do Estado exclusivamente voltado para o SUS**, com lógicas flexíveis, descentralizadas e ágeis de gestão [...]

...Enfrentar o desafio de construir uma “nova institucionalidade” para o SUS **significa, portanto, debruçar-se sobre os problemas e desafios que emanam da atual configuração macro-organizacional do sistema e do processo de gestão nos vários níveis do sistema, de modo a subsidiar a identificação de propostas alternativas** que contribuam para o fortalecimento e a consolidação de práticas coerentes com os princípios e valores da Reforma Sanitária...” (grifos do autor da dissertação).

O mesmo entendimento da contradição em destaque é confirmado por Kuschnir *et alli* (2010:79), que, ao tratar das condições essenciais para o planejamento, o projeto e a construção das Redes de Atenção à Saúde do SUS regionalizadas, integrais e integradas, afirma que:

[...] **a única forma de construirmos redes** é considerarmos o território da região como efetivamente comum e a responsabilidade pela saúde dessa população como coletiva. Ou seja, para o planejamento e a implementação de redes regionais **é fundamental que inicialmente apaguemos as fronteiras intermunicipais e que elaboremos o plano de forma conjunta**, com a participação de todos os gestores dos diversos distritos e municípios da região [...] (grifos do autor da dissertação).

Mendes (2011:168) aponta na mesma direção:

O traço forte de um sistema centralizado de atenção à saúde, rompido pela reforma sanitária brasileira, deu origem a um movimento de municipalização autárquica, levando o pêndulo para uma contraposição polar. É hora de voltar ao ponto de equilíbrio, [...] Isso significará, na prática social, superar o paradigma da municipalização autárquica e consolidar, em seu lugar, o paradigma da regionalização cooperativa [...]. Tudo isso, num quadro mais geral de **um novo pacto federativo da saúde** (grifos do autor da dissertação).

Vale acrescentar às observações de Mendes que, como vimos, a autarquização mobiliza, além dos municípios, os estados e o Governo Federal em ações autônomas, o que é ainda mais grave.

Por tudo isto, o exame da contradição entre a essência federativa e municipalista da Organização Atual das redes do SUS e sua Organização Necessária, bem como a compreensão daí decorrente, cumprem papel fundamental na luta pelo SUS tal como definido originalmente em sua funcionalidade, uma vez que evidenciam a necessidade de que sejam formuladas e implementadas alterações substanciais nas características da Organização Atual dessas redes, de modo a que sejam definitivamente eliminadas as consequências negativas deste modo de organização.

5.3. Duas perguntas-chave

Antes de prosseguirmos, a percepção da gravidade dos problemas das redes de atenção à saúde, do ponto de vista aqui oferecido, nos leva a sugerir duas questões cujo exame aparentemente poderia ser útil aos que se dedicam a analisar aqueles graves problemas e lutar por sua superação⁵⁸:

- I. Existe algum problema da construção das Redes de Atenção à Saúde do SUS, seja em sua governança, gestão, provisão de recursos, operação ou prestação de serviços de saúde, cuja investigação não encontre em suas origens as patologias decorrentes da essência federativa e municipalista da Organização Atual dessas redes?

A resposta, salvo engano, é: Nenhum!

Isto porque, em função de tudo o que vimos, é possível dizer que mesmo aquele que geralmente é apontado como o problema maior das redes do SUS, o financiamento e sua carência, não será resolvido sem que se supere a contradição aqui apontada, pois, com sua Organização Atual *teratológica*, explicitada anteriormente

⁵⁸ Não se supõe que as respostas sejam idênticas àquelas que aqui se oferece.

neste texto, as redes de atenção à saúde são, do ponto de vista de seu gasto e do financiamento deste, um saco sem fundo, ou, mais precisamente, milhares de sacos sem fundo.

- II. Após 25 anos de sua criação na CF88, é ainda possível imaginar que as Redes de Atenção à Saúde do SUS serão algum dia capazes de garantir uma atenção à saúde efetivamente universal, integral, integrada, equânime, tempestiva e de qualidade, em todo o território nacional, sem que seja implementada a Organização Necessária dessas redes?

A história de 25 anos das redes do SUS, bem como a situação atual dessas redes e de seu contexto, indicam que, com sua Organização Atual *teratológica*, a resposta a esta pergunta parece ser: Não!

5.4. A Situação Atual e as Alternativas em Debate

Como já mencionado, não se trata aqui de jogar pedras sobre o passado, mas de compreendê-lo para fazermos avançar o presente.

Conforme registrado no Capítulo 2, a Estrutura Societária federativa e municipalista das Redes de Atenção à Saúde do SUS e sua Organização Atual resultaram de uma luta, de muitos anos, contra um Estado Nacional ditatorial, profundamente autoritário e centralizador, e uma “saúde pública” centralizadora, hierárquica e excludente.

A nova Estrutura Societária federativa e municipalista foi uma vitória, pois, juntamente com a institucionalização da participação social nos destinos do SUS, por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, viabilizou em larga escala, embora com as limitações que conhecemos, a atuação efetiva da sociedade e dos diferentes entes federativos na governança do SUS. E essas conquistas devem não apenas ser preservadas, mas aperfeiçoadas.

Além disto, a Organização Atual das redes do SUS, também federativa e municipalista, foi por muito tempo benéfica para a rápida expansão dessas redes e da atenção primária e secundária à saúde da população (mesmo que precárias em grande parte), e dos programas verticais do Ministério da Saúde, com os êxitos conhecidos.

Do mesmo modo, não se pretende aqui negar os esforços e benefícios eventuais dos processos de Regionalização das redes do SUS.

O que se tem por objetivo é ressaltar, a partir das análises e proposições dos diferentes autores e instituições mencionados, bem como do exame das redes do SUS desenvolvido nesta dissertação, que os graves problemas que essas redes enfrentam nunca serão extintos caso não se supere, definitivamente, a essência federativa e municipalista de sua Organização Atual.

Ou seja, os graves problemas das redes do SUS nunca serão eliminados caso não se consiga superar definitivamente a autonomia político-administrativa da União, estados e municípios na modelagem, normatização, implantação, organização, provisão de recursos, gestão e operação das Redes de Atenção à Saúde do SUS, fazendo convergir a Organização Atual dessas redes para sua Organização Necessária.

São muitas as análises disponíveis dos graves problemas das Redes de Atenção à Saúde do SUS, bem como as alternativas para superá-los, em debate ou já implementadas. Algumas destas opções foram mencionadas no Capítulo 3.

Entretanto, na ótica do presente trabalho, trata-se de reconhecer e buscar superar o que parece ser a razão principal dos graves problemas de carências, fragmentação, desintegração e instabilidade organizacional das redes do SUS, que é o conflito entre a Organização Necessária dessas redes e a essência federativa e municipalista de sua Organização Atual.

A partir das proposições hoje colocadas em debate, do exame das redes do SUS aqui desenvolvido, e das diversas tentativas de superar os graves problemas dessas redes ao longo de 25 anos, entende-se que a alternativa que se impõe é a de enfrentar a necessidade de manter a Estrutura Societária federativa e municipalista das Redes de Atenção à Saúde do SUS e, num aparente paradoxo, superar a essência federativa e municipalista de sua Organização Atual.

Como contribuição a este debate, a partir das proposições de alguns dos autores aqui referidos e do exame das redes do SUS apresentado anteriormente, no Anexo deste trabalho é sugerido um esboço exploratório e prospectivo do que aparentemente devam ser as principais características da alternativa mencionada.

Cabe, no entanto, sublinhar uma vez mais que o enfrentamento da contradição aqui apontada é uma questão eminentemente política e de grande complexidade. Isto significa que as alternativas que serão adotadas pela sociedade brasileira dependerão não apenas

do grande debate que ora se dá sobre os destinos do SUS e de suas redes de atenção à saúde, mas também da correlação de forças entre os diferentes segmentos sociais que defendem seus interesses neste cenário.

5.5. Uma Nova Reforma Sanitária

A adoção da alternativa esboçada no Anexo, ou de outra semelhante, impõe-se como absolutamente necessária se quisermos evitar que se consume a derrocada do SUS como sistema público, único, universal, equânime e de qualidade em todo o território nacional.

Esta, entretanto, não é tarefa trivial sob qualquer aspecto.

Por outro lado, um requisito essencial para a vitória, em qualquer batalha, é ter clara noção de suas dimensões e escopo, pois isto é um indicador valioso sobre o esforço a ser empreendido, os adversários a serem enfrentados e os aliados que se deve buscar.

Nesta perspectiva, é certo que a implementação da alternativa aqui sugerida, ou de outra similar, equivale a uma Nova Reforma Sanitária.

Entretanto, vale lembrar que em sua época o Movimento da Reforma Sanitária enfrentou dificuldades e obstáculos muito maiores e, apesar de tudo, foi vitorioso com a inscrição do SUS na CF88.

Por isto, navegar ainda é preciso na luta por uma saúde pública efetivamente universal, equânime, integral, integrada, tempestiva e de qualidade em todo o território nacional.

6. ANEXO

Reflexões a partir das alternativas em debate para as Redes do SUS

Após 25 anos de história do SUS e das Redes de Atenção à Saúde deste sistema, diante do amplo e contínuo processo de desintegração, fragilização e privatização dessas redes, da profunda deformação de suas características organizacionais, técnicas e funcionais necessárias, bem como dos diversos aspectos aqui apontados e das razões apontadas em vários estudos, muitos autores têm ressaltado de diferentes formas, como vimos, a contradição exposta nesta dissertação.

Entre esses autores alguns têm indicado, embora de perspectivas diversas, a necessidade de que a contradição entre a Organização Atual e a Organização Necessária das redes do SUS seja superada por meio da proposição de uma **Nova Organização Nacional** para essas redes. Neste conjunto estão, entre outros, Campos (2007:306), Kuschnir *et alli* (2010:79), Mendes (2011:58 e 168), Paim & Teixeira (2007:1820 a 1821), todos citados no item EPÍGRAFES deste trabalho.

Nos termos desta dissertação, o que esses autores estão sugerindo é a necessidade de uma Nova Organização Nacional para as redes do SUS que seja a mais convergente possível com a Organização Necessária dessas redes.

Também pelas razões já expostas, e tal como se pode depreender daqueles autores, é essencial que essa Nova Organização Nacional das redes do SUS supere definitivamente a autonomia político-administrativa e as fronteiras hoje internalizadas na modelagem, normatização, construção, provisão de recursos, gestão e operação das Redes de Atenção à Saúde do SUS pelos milhares de entes da federação brasileira que hoje se incumbem dessas tarefas, inclusive a União Federal.

Mais especificamente, registramos ao fim do presente trabalho que, a partir das proposições hoje colocadas em debate, do exame das redes do SUS aqui desenvolvido, e das diversas tentativas de superar os graves problemas dessas redes ao longo de 25 anos, entende-se que a alternativa que se impõe é a de enfrentar a necessidade de manter a Estrutura Societária federativa e municipalista das Redes de Atenção à Saúde do SUS e, **num aparente paradoxo**, superar a essência federativa e municipalista de sua Organização Atual.

O “aparente paradoxo” mencionado se deve ao fato de que, como já examinado no

Capítulo 2, esta Organização Atual das redes do SUS foi adotada, a partir da Constituição Federal de 1988 (CF88), no quadro do complexo contexto político e social então presente, como “consequência natural” de sua Estrutura Societária federativa e municipalista definida naquela constituição.

Entretanto, tal como sublinhado naquele capítulo, essa Estrutura Societária na verdade instituiu um Colégio de Gestores Federativos (União Federal, estados, Distrito Federal e municípios) solidariamente e igualmente responsável pelas redes do SUS em todo o território nacional, em todas as instâncias federativas e em todos os níveis dessas redes.

Assim, tal paradoxo será aparente se, como sugerido adiante, a superação da essência federativa e municipalista da Organização Atual das redes do SUS, na direção proposta pelas alternativas já em debate, se constituir em um ato de legítima governança do Colégio de Gestores Federativos dessas redes.

Diante de tal desafio surgem, de imediato, duas importantes questões:

- (I) É possível implementar mudança de tal ordem sem enfrentarmos uma batalha constitucional?
- (II) Se possível, quais, então, os requisitos necessários desta Nova Organização Nacional para as redes do SUS?

É certo que não cabem aqui respostas acabadas para tais perguntas, mas é possível esboçar algumas hipóteses.

Para a primeira questão é possível sugerir que não parece haver na CF88 nenhum obstáculo para que, valendo-se exatamente da Estrutura Societária federativa e municipalista das Redes de Atenção à Saúde do SUS lá definida, o Colégio de Gestores Federativos das redes do SUS composto por União, estados, Distrito Federal e municípios, diante da grave crise estrutural e funcional por que passam a saúde pública e essas redes há longos anos, decidam consensualmente buscar respostas para a segunda pergunta, o que, aparentemente, seria uma ação legítima de governança, da qual estão constitucionalmente incumbidos.

Além disto, a Estrutura Societária federativa e municipalista das redes do SUS não parece obrigar que uma Nova Organização Nacional dessas redes tenha que ter, necessariamente, as mesmas feições da Organização Atual — desde que, tal como definido por sua atual Estrutura Societária, aquele Colégio de Gestores Federativos, juntamente com os Conselhos de Saúde, assim o decida, o que, aparentemente, também seria uma ação

legítima de governança, da qual estão constitucionalmente incumbidos.

Para a segunda questão é possível dizer que, diante da falência da base federativa e municipalista da Organização Atual das redes do SUS frente aos requisitos de integralidade e integração de sua Organização Necessária, caberia àquele Colégio de Gestores Federativos dessas redes enfrentar a necessidade de avaliar a hipótese de proposição e criação, **em nível federal e com atuação nacional**, de "um **Novo Ente Jurídico** da organização do Estado [*Nacional*] exclusivamente voltado para [*a construção, provisão de recursos, gestão, e operação das redes de*] o SUS"⁵⁹, ente jurídico este que incorporaria os atuais recursos financeiros, humanos e tecnológicos (sistemas, redes, métodos, equipamentos, instalações etc) próprios do SUS, hoje totalmente fragmentados porque subordinados aos milhares de entes dos três níveis da federação.

Nesta hipótese, aquele Colégio de Gestores Federativos (União, estados, Distrito Federal e municípios) **passaria, de modo inteiramente novo, a se responsabilizar diretamente, conjuntamente, igualmente e solidariamente** por este **Novo Ente Jurídico, exercendo assim uma Nova Governança Integralmente Colegiada desse Ente** e, por meio deste, das Redes de Atenção à Saúde do SUS, **em nível nacional, estadual, regional e local**, bem como zelando pela **integralidade, integração e qualidade dessas redes em todos esses níveis**.

Ainda nesta hipótese, sempre governado pelo Colégio de Gestores Federativos, do ponto de vista executivo o Novo Ente Jurídico se responsabilizaria, **de modo exclusivo**, pela modelagem, construção, provisão de recursos, gestão e operação das redes do SUS, **em nível nacional, estadual, regional e local**, com o objetivo de garantir, em todos esses níveis, a integralidade, integração e qualidade dessas redes e dos serviços de saúde oferecidos. Este Novo Ente Jurídico seria estruturado com base em todos os componentes e requisitos da Organização Necessária das redes do SUS.

Esta nova situação exigiria a criação de **um Novo Colégio de Gestores Federativos** deste Novo Ente Jurídico e das redes do SUS, nos níveis nacional, estadual e regional, de modo a viabilizar **uma Nova Governança Integralmente Colegiada** de ambos.

Neste Novo Colégio de Gestores Federativos, não apenas a representação de estados e municípios na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) deveria ser aperfeiçoada,

⁵⁹ Adaptado de Paim & Teixeira (2007, p. 1820 a 1821).

mas a União Federal deveria se fazer representar em todas as Comissões Intergestores Estaduais e Regionais, passando a atuar ombro a ombro com estados e municípios.

Nesta nova situação seriam definitivamente separadas, por um lado, a Governança Societária do Novo Ente Jurídico e das redes do SUS, exercida agora como Governança Integralmente Colegiada por meio do novo Colégio de Gestores Federativos, e, por outro, a modelagem, construção, provisão de recursos, gestão e operação dessas redes, que seriam agora, do ponto de vista executivo, exercidas exclusivamente por aquele “novo Ente Jurídico da organização do Estado [*Nacional*] exclusivamente voltado para [*a construção, provisão de recursos, gestão, e operação das redes de*] o SUS”.

Os Conselhos e Conferências de Saúde continuariam a ter, frente ao novo Colégio de Gestores Federativos, o papel que hoje possuem.

Nesta hipótese, a Nova Governança Integralmente Colegiada atuaria, por meio do Novo Ente Jurídico, nos níveis nacional, estadual, regional e local sobre os rumos, características principais (incluindo sua modelagem, normatização, bem como a definição e a garantia de padrões nacionais para a Atenção à Saúde) e garantia de recursos globais (políticos, financeiros e organizacionais) das redes do SUS.

Nesses diversos temas o Novo Colégio de Gestores Federativos seria assessorado pelo Novo Ente Jurídico.

O Novo Ente Jurídico (estruturado com base na Organização Necessária das redes do SUS), o Novo Colégio de Gestores Federativos e sua Nova Governança Integralmente Colegiada deveriam, no mínimo, ser objeto de normatização no nível legal, com todas as regras necessárias para que sejam definitivamente banidos dois dos mais graves problemas hoje enfrentados pelos que lutam pela integralidade e integração das Redes de Atenção à Saúde do SUS:

- (I) A possibilidade de ações autônomas da União Federal, estados e municípios na governança, modelagem, normatização, projeto, construção, provisão de recursos, operação e prestação de serviços de saúde dessas redes.
- (II) A autopropaganda massiva, de caráter notoriamente político-eleitoral, desses entes federativos em torno de suas iniciativas.

Ao contrário, na Nova Organização Nacional das redes do SUS as ações dos entes federativos, decididas agora de modo integrado no Novo Colégio de Gestores Federati-

vos, teriam sua divulgação realizada exclusivamente em nome do SUS como Política Pública de Estado, e não, como atualmente, políticas de governos.

Com o Novo Ente Jurídico (baseado na Organização Necessária das redes do SUS) a estrutura nacional das Redes de Atenção à Saúde do SUS manteria as diretrizes de distribuição para os estados e municípios, sempre na ótica da regionalização.

Este poderia ser o “novo pacto federativo da saúde” de que nos fala Mendes (2011:168), capaz de apagar as fronteiras federativas no interior das redes do SUS como propõe Kuschnir *et alli* (2010:79), por meio da criação de um novo Colégio de Gestores Federativos, de uma nova Governança Integralmente Colegiada e de “um Novo Ente Jurídico da organização do Estado [*Nacional*] exclusivamente voltado para [*a construção, provisão de recursos, gestão, e operação das redes de*] o SUS” como sugerem Paim & Teixeira (2007:1820 a 1821), viabilizando assim uma Nova Organização Nacional para as Redes de Atenção à Saúde deste sistema, capaz de superar os graves obstáculos “já identificados decorrentes da atual legislação, que simplesmente estendeu para o SUS o modelo de gestão do Estado brasileiro, sem considerar as especificidades do campo da saúde e do SUS em particular”, como indicou Campos (2007:306).

Não se trataria, obviamente, de um retorno ao passado pré CF88. Ao contrário, seria um efetivo salto à frente, político e de qualidade, e uma verdadeira modernização das redes do SUS. E, do ponto de vista de sua Governança, a efetiva assunção pela União e pelos estados de responsabilidades idênticas às dos municípios, tanto no nível nacional como estadual, regional e local.

Em defesa dessa alternativa, além dos argumentos já oferecidos é importante lembrarmos, como já sublinhado, que, nesses 25 anos decorridos desde a criação do SUS na CF88, as tecnologias de informação, comunicação e gestão evoluíram de modo acelerado, provocando mudanças revolucionárias, aperfeiçoamentos e simplificações nos métodos de governança, projeto, construção, provisão de recursos, integração, gestão, operação e prestação de serviços das organizações, inclusive aquelas de nível nacional como as Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Neste sentido é possível citar vários exemplos já disponíveis, tanto no setor público como no privado, bastando, entretanto, mencionar apenas o sistema eleitoral e os sistemas de gestão bancários, todos de nível nacional, nos quais o Brasil é um dos países mais avançados.

As próprias bases tecnológicas das recentes iniciativas da Fase atual de aperfeiçoamento dos processos de Regionalização das redes do SUS, examinadas no Capítulo 3, são exemplos das possibilidades revolucionárias, para a gestão e operação das redes do SUS, decorrentes daqueles desenvolvimentos nas tecnologias da informação e comunicação.

Ainda no plano das hipóteses de respostas à segunda questão, vale destacar alguns aspectos, entre muitos outros, que aparentemente se farão necessários nesta ou em alternativa semelhante, sempre lembrando que, na Nova Organização Nacional das redes do SUS, o Novo Ente Jurídico, responsável executivo nacionalmente e integralmente por essas redes, seria governado, em todos os sentidos e em todos os níveis das redes de atenção à saúde, pelo Novo Colégio de Gestores constituído por União, estados, Distrito Federal e municípios.

Neste quadro, é possível alinhar, especulativamente, as seguintes hipóteses para as principais características e ações desejáveis para este Novo Ente Jurídico:

- (I) Ser efetivamente único em nível nacional, com uma sede administrativa central, responsável pela gestão e integração nacional das redes dos SUS, e estrutura operacional e administrativa distribuída em cada estado da federação e cada região de saúde, responsáveis pela gestão e integração regional, estadual e nacional das redes.
- (II) Incorporação dos atuais recursos humanos e tecnológicos (sistemas, redes, métodos, equipamentos, instalações etc) próprios do SUS, hoje subordinados aos milhares de entes dos três níveis da federação.
- (III) Incorporação dos atuais contratos e convênios, hoje existentes nos três níveis da federação, entre o SUS e a rede privada (lucrativa ou não) na área da prestação de serviços de saúde.
- (IV) Incorporação dos recursos financeiros próprios do SUS, destinados às suas redes de atenção à saúde, que incluem os da União, Estados e Municípios, sem perdas para esses dois últimos entes federativos frente às necessidades em saúde pública de suas populações.
- (V) Assunção integral, dos pontos de vista técnico e executivo, da modelagem, planejamento, projeto, construção, provisão de recursos, gestão e operação das Redes de Atenção à Saúde do SUS e suas unidades operacionais, em todos os níveis dessas redes, de modo a garantir sua integralidade e integração nos ní-

veis local, regional, estadual e nacional e entre esses níveis.

- (VI) Unificação, em nível nacional, do planejamento de necessidades e da aquisição de insumos médicos, insumos tecnológicos (sistemas, redes, métodos, equipamentos, instalações e outros), serviços etc, bem como de recursos humanos, para as redes do SUS e suas unidades, em todos os seus níveis. Esta medida permitiria ao SUS os ganhos de escala e o exercício de um poder e capacidade de negociação com seus fornecedores que hoje não tem.
- (VII) Implementação de concursos públicos nacionais e planos nacionais federais de carreiras, cargos e salários, efetivamente adequados para todas as categorias do SUS, inclusive as administrativas, com os quantitativos necessários de recursos humanos, dedicação exclusiva a este sistema e quarenta horas semanais de trabalho, superando definitivamente o imenso mosaico atual de regimes de contratação e a possibilidade de múltiplos vínculos empregatícios e horários de trabalho. Certamente que o regime de trabalho e remuneração deverá considerar as necessidades de plantões e sua compensação.

Esta última medida viabilizaria a criação de carreiras nacionais que privilegiassem inicialmente, com a remuneração e condições adequadas, a provisão de recursos humanos em locais e regiões de saúde mais carentes.

Correspondentemente às hipóteses alinhadas para o Novo Ente Jurídico, o novo Colégio de Gestores Federativos se responsabilizaria por viabilizá-las, politicamente e legalmente.

Finalizando, vale sublinhar que o que se acaba de expor neste Anexo é tão somente uma tentativa de contribuir com o debate sobre os destinos das Redes de Atenção à Saúde do SUS, a partir das proposições de alguns dos autores aqui referidos e do exame das redes do SUS apresentado anteriormente.

7. BIBLIOGRAFIA CITADA

Abrucio, Fernando L. (2002). Descentralização e Coordenação Federativa no Brasil: Lições dos anos FHC. In: Fernando L. Abrucio; Loureiro, Maria Rita G. (Org.). O Estado numa era de reformas: os anos FHC. Parte 2. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasília, 2002. Disponível em http://www.cedec.org.br/files_pdf/OEstadonumaeradereformasOsanosFHCparte2.pdf. Acesso em 21.05.2014.

Abrúcio, Fernando L. (2003) - Reforma política e federalismo. In: Benevides, Maria Victoria; Kerche, Fábio; Vannuchi, Paulo. (orgs.) Reforma Política e Cidadania. São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.

Abrucio, Fernando Luiz; Costa, Valeriano Mendes F. (1998) – Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro. Fundação Konrad Adenauer Stiftung. São Paulo/SP, 1998.

Albuquerque, Maria do Socorro V.; Lima, Luci Praciano; Costa, André Monteiro; Melo Filho, Djalma Agripino de (2013) - Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.1, p.223-236, 2013.

Arretche, Marta (1996) - Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 11, nº 31, p. 44-66, 1996. Disponível em http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_31/rbcs31_03.htm. Acesso em 21.08.2009.

Arretche, Marta (1999) - Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um Estado federativo. Em Revista Brasileira de Ciências Sociais - vol. 14, no. 40, 1999.

Arretche, Marta (2002) - Relações Federativas nas Políticas Sociais; em Educação & Sociedade, vol.23, n. 80 Campinas, Set. 2002.

Bahia *et alii* (2013) - Dilma vai acabar com o SUS? – artigo em Folha de São Paulo, 05.03.2013, disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/96924-dilma-vai-acabar-com-o-sus.shtml> acesso em 12.04.2013.

Bahia, Lígia (2009) - O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada; em Ciência & Saúde Coletiva, vol.14, no.3, Rio de Janeiro, 2009.

Bahia, Lígia; Portela, Luis Eugênio e Scheffer, Mário (2013) - Dilma vai acabar com o SUS? – artigo em Folha de São Paulo, 05.03.2013, disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/96924-dilma-vai-acabar-com-o-sus.shtml> acesso em 12.04.2013.

Banting, Keith and Corbett, Stan (2003). Capítulo uno: Federalismo y política de atención a la salud: Introducción, Chapter 1, 2003, in Forum of Federations / Forum des fédérations ! www.forumfed.org ! forum@forumfed.org, em <http://www.forumfed.org/libdocs/Health01/120-HPFE0110-int-banting-corbett-s.pdf> e <http://www.forumfed.org/libdocs/Health01/120-HPFE0110-int-banting-corbett.pdf> acesso em 17.11.2012.

Braga, Ruy (2012) - A política do precariado: do populismo à hegemonia lulista. Ed. Boitempo, São Paulo, 2012.

Brasil (1988) – Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 21.05.2014.

Brasil (1990a) - Lei 8.080 de 19.09.1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/.

Acesso em outubro de 2009.

Brasil (1990b) - Lei 8.142 de 28.12.1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/. Acesso em outubro de 2009.

Brasil (1990c) – Projeto de Lei nº 3.110-E de 1989 – Lei Orgânica da Saúde. Disponível em http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=390602&filename=RDF+1+CCJC+%3D%3E+PL+3110/1989. Acesso em 02.05.2012.

Brasil (1990d) – Mensagem no. 680 da Presidência da República ao Congresso Nacional – Vetos ao Projeto de Lei nº 3.110-E de 1989 – Lei Orgânica da Saúde. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/Mensagem_Veto/anterior_98/Vep680-L8080-90.pdf. Acesso em 02.05.2012.

Brasil (1991) – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/INAMPS. Resolução Nº 258, de 07 de Janeiro de 1991 - Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91. Disponível em http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acesso em 21.05. 2014.

Brasil (1992) – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/INAMPS. Portaria Nº 234, de 07 de Fevereiro de 1992 - Norma Operacional Básica/SUS nº 01/921. Disponível em http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf. Acesso em 21.05. 2014.

Brasil (1993a) – Ministério da Saúde, PORTARIA Nº 545, DE 20 DE MAIO DE 1993 - Norma Operacional Básica – SUS 01/93.

Brasil (1993b) – Lei 8.689, de 27 de julho de 1993. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm. Acesso em 21.05.2014.

Brasil (1994) - Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm. Acesso em 21.05.2014.

Brasil (1996) – Ministério da Saúde, PORTARIA Nº 2.203, DE 5 DE NOVEMBRO DE 1996 - Norma Operacional Básica – SUS 01/96.

Brasil (2001) – Ministério da Saúde, Portaria MS/GM nº. 95 de 26 de janeiro de 2001 - Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01.

Brasil (2002) – Ministério da Saúde, Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 - Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02.

Brasil (2003) - Para entender a Gestão do SUS. – Ministério da Saúde. Ed. Conass, Brasília, DF, 2003. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em 21.05.2014.

Brasil (2006) – Ministério da Saúde, Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS, Portaria nº. 399 MS/GM de 22.02.2006.

Brasil (2006a) – Ministério da Saúde, Pacto pela Saúde – Portaria Nº 699 MS/GM, de 30 de Março de 2006 - Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.

Brasil (2006b) – Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores. Ministério da Saúde,

Série Pactos pela Saúde 2006, Volume 6, 2006.

Brasil (2006c) – Seminário do CONASS: Para entender o Pacto pela Saúde. CONASS, 2006. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_pela_saude_e_legislacao.pdf. Acesso em 22.05.2014.

Brasil (2007c) - Ministério da Saúde, Portaria nº 1.571, de 29 de junho de 2007, “Estabelece Incentivos Financeiros para implantação e/ou implementação de complexos reguladores”.

Brasil (2008b) – Ministério da Saúde. Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação - Versão para Debate / Novembro – 2008. Disponível, em 07.12.2009, em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/doc/documento_redes_versao_nov2008.pdf.

Brasil (2008c) – Ministério da Saúde, Portaria 1.559, de 1º de agosto de 2008, “Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS”.

Brasil (2009a) – Regulamento do SUS. Ministério da Saúde, Portaria MS 2.048, de 03 de setembro de 2009. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html. Acesso em 22.05.2014.

Brasil (2009b) – Ministério da Saúde, Regulamento do SUS, Portaria MS 2.230, de 23 de setembro de 2009. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2230_23_09_2009.html. Acesso em 22.05.2014.

Brasil (2010) - Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010, “Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Brasil (2011a) - Lei 12.401 de 28.04.2011, “Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS”.

Brasil (2011b) - Decreto 7.508 de 28.06.2011, “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”.

Brasil (2011c) - Lei 12.466 de 24.08.2011, “Altera a Lei 8.142, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências”.

Brasil (2011d) - Resolução CIT/MS 01 de 29.09.2011, “Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011”.

Brasil (2011e) - Regulação em Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Brasília, 2011.

Brasil (2012a) - Lei Complementar Nº 141, de 13.01.2012 (Regulamenta a EC 29 de 2000), “Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e

as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências”.

Brasil (2012b) - Resolução CIT/MS 02 de 17.01.2012 (republicou a Resolução CIT/MS 04 de 03.10.2011, sem mencioná-la), “Dispõe sobre as diretrizes nacionais para a elaboração da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Brasil (2012c) - Resolução CIT/MS 01 de 17.01.2012 (republicou a Resolução CIT/MS 03 de 29.09.2011, sem mencioná-la), “Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Brasil (2012d) – Resolução CIT/MS 03 de 30.01.2012 (republicou, ampliando, a Resolução CIT/MS 02 de 29.09.2011, sem mencioná-la), “Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Brasil (2012e) – Resolução CIT/MS 04 de 19.07.2012, “Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)”.

Brasil (2012f) – Portaria GM/MS nº 1.580, de 19 de julho de 2012, “Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias”.

Brasil (2013a) – Sistema Nacional de Regulação – SISREG, Ministério da Saúde, disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=36608&, acesso em 27.10.2013.

Brasil (2013c) – Programa Mais Médicos para o Brasil. Ministério da Saúde. 2013. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>. Acesso em 21.05.2014.

Campos, Gastão W. S. (1988a) - A Reforma Sanitária Necessária. Em Reforma Sanitária: Itália e Brasil, Berlinger, Giovanni; Fleury, Sônia M.T. e Campos, Gastão. W. S. (Orgs.), Hucitec-CEBES, 1988. Republicado em Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária, CEBES, 2007.

Campos, Gastão W. S. (1988b) - Tréplica: O Debate Necessário à Construção de uma Teoria sobre a Reforma Sanitária. Saúde em Debate, no. 23, dez/1988, CEBES. Republicado em Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária, CEBES, 2007.

Campos, Gastão W. S. (2007) - Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Em Ciência & Saúde Coletiva, V12, no. 2, 2007.

Campos, Gastão W. S. (2007b) – O autor responde. Em Ciência & Saúde Coletiva, V12, no. 2, 2007.

Carvalho, Gilson (2001) - A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2), p. 435-444, 2001.

Chang, H-J. and Evans, P. (2005) – The Role of Institutions in Economic Change; in Dymski, G. and De Paula, S. - Reimagining Growth, Zed Books, 2005.

Coelho, Ivan B. (2007) - Os impasses do SUS. Em *Ciência & Saúde Coletiva*, V12, no. 2, 2007.

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) – As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

Costa, Ana Maria; Bahia, Lígia & Scheffer, Mário (2013) - Onde foi parar o sonho do SUS?, site Plataforma Política Social, em <http://www.politicasocial.net.br/index.php/105-caderno/caderno-saude/207-cad-saude-analgiamario.html> acesso em 30.05.2013.

Dawson, B. (1964) – Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica nº 93, 1964.

Di Pietro, Maria Sylvia Z. (2009) – Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. Ed. Atlas, São Paulo, 2009.

ENSP/FIOCRUZ (2003) - A qualidade da representação dos usuários nos conselhos distritais de saúde do Rio de Janeiro e a dimensão associativa. Relatório final de pesquisa. Rio de Janeiro.

Fleury, Sônia M. T. (1988) - A Análise Necessária da Reforma Sanitária. *Saúde em Debate*, no. 22, out/1988, CEBES. Republicado em *Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária*, CEBES, 2007.

Fleury, Sonia M. T. (2007) - A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. Em *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):307-317, 2007.

France, George (2002a) - Federalismo fiscal: experiências internacionais e modelo para a Itália. In: Negri, Barjas; Viana, Ana L.D. (Orgs.), *O SUS em dez anos de desafio*. São Paulo, Sobravime/Cealag, 2002. p.65-83. Traduzido de *Compatibilità fra il federalismo e gli standard sanitari nazionali: una sintesi delle esperienze estere e possibili lezioni per L' Italia*. Em France, George (a cura di), 2001, *Federalismo, Regionalismo e Standart Sanitari Nazionali: quattro paesi, quattro approcci*. Milano: Giuffré Editore.

France, George (2002b) - Estilo nacional e saúde regional. In: Negri, Barjas; Viana, Ana L.D. (Orgs), *O SUS em dez anos de desafio*. São Paulo, Sobravime/Cealag, 2002. p.65-83. Traduzido de *Uno stilo nazionale per una sanità regionale?* Em France, George (a cura di), 2001, *Federalismo, Regionalismo e Standart Sanitari Nazionali: quattro paesi, quattro approcci*. Milano: Giuffré Editore.

Franco, Túlio B. & Franco, Camila M. (2011) - Linhas do Cuidado Integral: Uma Proposta de Organização da Rede de Saúde. Em Pessoa, Luísa R.; Torres, Kellem R.B.O.; Santos, Eduardo H.A. (Orgs.) – *Manual do Gerente: desafios da média gerência na Saúde*, ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_379517240.pdf e <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=14827&tipo=B>, acesso em 23.04.2014.

Franco, Túlio B. (2003) – O uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos em Apoio ao Planejamento: o caso de Luz (MG); in Merhy, E.E. et al (Org.) *O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano*. Ed. Hucitec, São Paulo, 2003.

Franco, Túlio B.; Magalhães Jr., H. M. (2003) - Integralidade na Assistência à Saúde: a Organização das Linhas do Cuidado. Em Merhy, E.E. et al (Org.) *O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano*. Ed. Hucitec, São Paulo, 2003.

Franzese, Cibele e Abrúcio, Fernando Luiz (2009) - Federalismo e políticas públicas: uma relação de reciprocidade no tempo; 33º Encontro Anual da ANPOCS, GT 32: Políticas Públicas, 2009. Disponível em http://anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=297&limit=20&limitstart=0&order=hits&dir=DESC&Itemid=209, acesso em 10.11. 2012.

Gerschman, Silvia (1995). A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995 1ª. edição, 2004 2a.edição ampliada.

Goulart, Flávio AA (2001) - Esculpindo o Sus a Golpes de Portaria - Considerações sobre o Processo de Formulação das NOBs; Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, no. 2, São Paulo.

Houaiss, Antônio (2001) - Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa, versão 1.0, Instituto Antônio Houaiss, Editora Objetiva Ltda., dezembro de 2001.

IDEC e USP (2013) - Ato Público "Os planos de saúde vão acabar com o SUS?". Disponível em <https://www.idec.org.br/mobilize-se/evento/ato-publico-os-planos-de-saude-vo-acabar-com-o-sus>, acesso em 12.04.2013.

Kuschnir , Rosana C.; Chorny, Adolfo H. (2010) - Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2307-2316, 2010.

Kuschnir, Rosana C.; Chorny, Adolfo H.; Lira, Anilka M. L. (2010) - Gestão dos sistemas e serviços de saúde. Departamento de Ciências da Administração / UFSC, Florianópolis, SC; CAPES/UAB, Brasília, 2010. Disponível em www.uft.edu.br/dte/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=338&Itemid=51. Acesso em 27.09.2013.

Labra, Maria Eliana (2002) - Processo decisório e conselhos de saúde: balanço a partir da produção acadêmica (1996-2001). Relatório final de pesquisa, Ensp/Fiocruz, Rio de Janeiro.

Labra, Maria Eliana (2006b) - Conselhos de Saúde: dilema, avanços e desafios; em Lima, Nísia Trindade; Gershman, Sílvia; Edler, Flávio Coelho; Suárez, Júlio Manuel (Org.) - Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS, ed. Fiocruz, 2006.

Labra, Maria Eliana; Figueiredo, J (2002) - Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

Lega, Federico (2007) - Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. Health policy 81(2007):258-279, disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851006001394> em 17.09.2012.

Levcovitz, Eduardo; Lima, Luciana D.; Machado, Cristiani V. (2001) - Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas; em Ciência & Saúde Coletiva, vol. 6, no.2, Rio de Janeiro.

Lima, Luciana Dias (2012) - Federalismo, descentralização e regionalização na política de saúde do Brasil. In: Asensi , Felipe Dutra; Pinheiro, Roseni (Orgs.). Direito Sanitário. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. p. 131-161.

Mendes, Eugênio Vilaça (2011) - As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil; Brasília, DF, 2011.

Mendes, Eugênio Vilaça (2012) - O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da

Saúde – Representação Brasil; Brasília, DF, 2012.

Menicucci, Telma M. G. (2005) - A Implementação da Reforma Sanitária: A Formação de uma Política; Escola de Governo da Fundação João Pinheiro; Texto para Discussão Nº 19; Belo Horizonte, MG; Outubro de 2005.

Merhy, Emerson E.; Magalhães Jr, Helvécio M.; Rimoli, Josely; Franco, Túlio B.; Bueno, Wanderley S. (Orgs.) (2003) - O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Ed. Hucitec, São Paulo, 2003.

North, D. (1990) – Institutions, Institutional Change and Economic Performance; Cambridge University Press, 1990 – Part I Institutions (págs. 3 a 16, 27 a 35.); Part II Institutional change (págs. 73 a 82).

11

North, D. (1991) – Institutions; Journal of Economic Perspectives, vol. 5, n. 1, (Winter 1991), pages 97-112.

Oliveira, Jaime A. (1988) - Para uma Teoria da Reforma Sanitária: “Democracia Progressiva” e Políticas Sociais. Saúde em Debate, no. 20, abril/1988, CEBES. Republicado em Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária, CEBES, 2007.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2003) - Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Organização Mundial da Saúde, Brasília, 2003. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42500/2/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf, acesso em 06.09.2013. Primeira edição, 2002, Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action - Global Report.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2010a) - Redes Integradas de Servicios de Salud - Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. OPAS, Washington, D.C., 2010. Disponível em http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf. Acesso em 21.04.2011.

Paim, Jairnilson S; Teixeira, Carmen F (2007) - Configuração Institucional e Gestão do Sistema Único de Saúde: Problemas e Desafios; em Ciência & Saúde Coletiva, vol.12, no.2, Rio de Janeiro Mar/Apr., 2007.

Paraná, Estado do (2013) – SUS e prestadores de serviços – Página Inicial. Ministério Público do Paraná. Disponível em <http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=21>, acesso em 22.05.2013.

Pasche, Dário F. (2007) - A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. Em Ciência & Saúde Coletiva, V12, no. 2, 2007.

Pinto, Nicanor RS; Tanaka, Oswaldo Y; Spedo, Sandra Maria (2009a) - Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil; in Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(4):927-938, abril, 2009.

Pinto, Nicanor RS; Tanaka, Oswaldo Y; Spedo, Sandra Maria (2010) – (Im)possibilidades de implementar uma direção única no SUS em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. Em Saude e Sociedade, vol.19, no.3, São Paulo, July/Sept. 2010.

Ribeiro, Patrícia T. (2009) - A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):819-828, 2009.

Santos, Lenir (2011) – O Decreto 7.508. Entrevista ao Portal para Gestores do SUS. Disponível em <http://susbrasil.net/2011/07/28/em-entrevista-a-portal-lenir-santos-esclarece-pontos-sobre-decreto-7-508/> e http://new.paho.org/bra/apsredes/index.php?option=com_content&view=article&id=401:sus-alcanca-maturidade-juridica-com-regulamentacao-da-lei-8080&catid=20:entrevistas&Itemid=43. Acesso em 08.08.2011

Solla, Jorge J.S. Pereira (2006) - Avanços e Limites da Descentralização no SUS e o “Pacto De Gestão”. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.30 n.2, p.332-348, jul./dez. 2006.

Viana, Ana Luiza d’Á; Lima, Luciana Dias; Oliveira, Roberta Gondim (2002) - Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. Em *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3):493-507, 2002.

Viana, Ana Luiza d’Á; Machado, Cristiani Vieira (2009) - Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. Em *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):807-817, 2009.

Vianna, Maria Lúcia T. Werneck (1998) - A Americanização (perversa) da Seguridade no Brasil: Estratégias de Bem-Estar e Políticas Públicas. Revan, UCAM/IUPERJ, Rio de Janeiro.

Vianna, Maria Lúcia T. Werneck (2011) - Universalismo X Focalização e Outras Controvérsias: Espécies em Extinção?. Em *Políticas Públicas e Financiamento Federal do SUS*, Org. Clarice Melamed e Sérgio Francisco Piola, Brasília, Ipea, 2011.

8. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

De modo a não fracionar o conjunto dos títulos de mesmos autores, esta relação inclui a bibliografia mencionada no capítulo anterior.

Abrucio, F. L. (2002). A experiência de Descentralização: uma avaliação . In: Marianne Nassuno; Priscilla Higa Kamada. (Org.). Balanço da Reforma do Estado no Brasil. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2002, v. 2, p. 207-222.

Abrucio, Fernando L. (1998). Os Barões da Federação: os governadores e a redemocratização brasileira. São Paulo: Hucitec/ USP, 1998.

Abrucio, Fernando L. (2000)- Os laços federativos brasileiros : avanços, obstáculos e dilemas no processo de coordenação intergovernamental. São Paulo. Tese (Doutorado em Ciência Política). Universidade de São Paulo,.

Abrucio, Fernando L. (2002). Descentralização e Coordenação Federativa no Brasil: Lições dos anos FHC. In: Fernando L. Abrucio; Loureiro, Maria Rita G. (Org.). O Estado numa era de reformas: os anos FHC. Parte 2. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Brasília, 2002. Disponível em http://www.cedec.org.br/files_pdf/OEstadonumaeradereformasOsanosFHCparte2.pdf. Acesso em 21.05.2014.

Abrúcio, Fernando L. (2003) - Reforma política e federalismo. In: Benevides, Maria Victoria; Kerche, Fábio; Vannuchi, Paulo. (orgs.) Reforma Política e Cidadania. São Paulo, Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.

Abrucio, Fernando L. (2006). Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil. In: Fleury, Sonia (Org.). Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha. 1 ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2006, v. , p. 77-125.

Abrucio, Fernando L. (2007). A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do Governo Lula. In: Eurico Marcos Diniz de Santi. (Org.). Curso de Direito Tributário e Finanças Públicas. 1 ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2007, v. 1, p. 185-230.

Abrucio, Fernando L.; Franzese, Cibele (2007). Federalismo e Políticas Públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. In: Maria Fátima Infante Araújo; Lígia Beira. (Org.). Tópicos de Economia Paulista para Gestores Públicos. 1 ed. Edições FUNDAP: São Paulo, 2007, v. 1, p. 13-31.

Abrucio, Fernando L.; Franzese, Cibele (2008). Relações Intergovernamentais: a relação de reciprocidade entre federalismo e políticas públicas. In: Eliane Salete Filippim; Adriana Marques Rossetto. (Org.). Políticas Públicas, Federalismo e Redes de Articulação para o Desenvolvimento. 1 ed. Joaçaba/Santa Catarina: Editora Unoesc/Fapesc, 2008, v. 1, p. 61-80.

Abrucio, Fernando L.; Gaetani, F. (2008). Avanços e Perspectivas da Gestão Pública nos Estados: Agenda, Aprendizado e Coalizão.. In: Luciana Lima Costa. (Org.). Avanços e Perspectivas da Gestão Pública nos Estados. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Qualitymark, 2008, v. 1, p. 1-270.

Abrucio, Fernando L.; Soares, Márcia Miranda (2001). Redes Federativas no Brasil: Cooperação Intermunicipal no Grande ABC. São Paulo: Cedec, Fundação Konrad Adenauer, Oficina Municipal, 2001. v. 24. 236 p.

Abrucio, Fernando Luiz; Costa, Valeriano Mendes F. (1998) – Reforma do Estado e o Contexto Federativo Brasileiro. Fundação Konrad Adenauer Stiftung. São Paulo/SP, 1998.

AGU - Advocacia-Geral da União (2012) - Parecer Nº 800/2012-AGU/CONJUR-MS/GMC-CST "... munir as mais diversas instituições como, por exemplo, Poder Judiciário, Ministério Público e Defensoria Pública, todas diretamente envolvidas no fenômeno da "judicialização da saúde", com o conhecimento necessário...". Disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jul/06/Parecer800_MediaeAltaComplexidadenoSUS.pdf, acesso em 13.07.2013.

Albuquerque, Maria do Socorro V.; Lima, Luci Praciano; Costa, André Monteiro; Melo Filho, Djalma Agripino de (2013) - Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.1, p.223-236, 2013.

Almeida, Célia (2003) - O SUS que queremos: Sistema Nacional de Saúde ou SubSistema para Pobres?; em Ciência & Saúde Coletiva, 8(2):346-369, 2003.

Almeida, Maria Hermínia T (1995) - Federalismo e Políticas Sociais; em Revista de Ciências Sociais, 28, junho, 1995, ANPOCS.

Almeida, Maria Hermínia T (2005) - Recentralizando_a_Federacao_2004.pdf. Rev. Sociol. Polít., Curitiba, 24, p. 29-40, jun. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsocp/n24/a04n24.pdf> em 03.12.2012.

Arretche, Marta - Federalismo e relações intergovernamentais no Brasil: a reforma de programas sociais

Arretche, Marta & Rodden, Jonathan (2004) - Política distributiva na Federação: estratégias eleitorais, barganhas legislativas e coalizões de governo, in Dados, vol.47, no.3, Rio de Janeiro.

Arretche, Marta (1996) - Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 11, nº 31, p. 44-66, 1996. Disponível em http://www.anpocs.org.br/portal/publicacoes/rbcs_00_31/rbcs31_03.htm. Acesso em 21.08.2009.

Arretche, Marta (1998) - O Processo de Descentralização das Políticas Sociais no Brasil e seus Determinantes; Tese Doutorado.

Arretche, Marta (1999) - Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um Estado federativo. Em Revista Brasileira de Ciências Sociais - vol. 14, no. 40, 1999.

Arretche, Marta (2000) - Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização. Rio de Janeiro/São Paulo, Editora Revan/FAPESP, 2000 (Livro da Tese Doutorado de 1998).

Arretche, Marta (2002) - Relações Federativas nas Políticas Sociais; em Educação & Sociedade, vol.23, n. 80 Campinas, Set. 2002.

Arretche, Marta (2003) - Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia; Ciência & Saúde Coletiva, vol.8 no.2 Rio de Janeiro 2003

Arretche, Marta (2004) - Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia, in São Paulo em Perspectiva, vol. 18, no. 2, São Paulo, Abril/Junho.

Arretche, Marta (2005) - Quem taxa e quem gasta: a barganha federativa na federação brasileira, in Revista de Sociologia e política, no. 24, Curitiba, Junho.

Arretche, Marta (2006) - A política da política de saúde no Brasil in Lima, Nísia Trindade; Gersh-

man, Sílvia; Edler, Flávio Coelho; Suárez, Júlio Manuel (Org.) - Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS, ed. Fiocruz, 2006.

Arretche, Marta (2007a) - A agenda institucional, in Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol.22 no. 64, São Paulo June 2007.

Arretche, Marta (2007b) - Federalismo, Políticas e Instituições: O Brasil em Perspectiva Comparada. Em Globalização, Estado e Desenvolvimento – Dilemas do Brasil no Novo Milênio, Diniz, Eli, org., Editora FGV, 2007

Arretche, Marta; Marques, Eduardo (2002) - Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo; em Ciência & saúde coletiva, vol.7, no.3, Rio de Janeiro, 2002.

Bahia *et alii* (2013) - Dilma vai acabar com o SUS? – artigo em Folha de São Paulo, 05.03.2013, disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/96924-dilma-vai-acabar-com-o-sus.shtml> acesso em 12.04.2013.

Bahia, Lúgia (2009) - O sistema de saúde brasileiro entre normas e fatos: universalização mitigada e estratificação subsidiada; em Ciência & Saúde Coletiva, vol.14, no.3, Rio de Janeiro, 2009.

Bahia, Lúgia; Portela, Luis Eugênio e Scheffer, Mário (2013) - Dilma vai acabar com o SUS? – artigo em Folha de São Paulo, 05.03.2013, disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/96924-dilma-vai-acabar-com-o-sus.shtml> acesso em 12.04.2013.

Banco Mundial (2007), Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil: Melhorando a Qualidade do Gasto Público e Gestão de Recursos; Banco Mundial, Relatório Nº. 36601-BR, 15/Fev/2007.

Banting, Keith and Corbett, Stan (2003). Capítulo uno: Federalismo y política de atención a la salud: Introducción, Chapter 1, 2003, in Forum of Federations / Forum des fédérations ! www.forumfed.org ! forum@forumfed.org, em <http://www.forumfed.org/libdocs/Health01/120-HPFE0110-int-banting-corbett-s.pdf> e <http://www.forumfed.org/libdocs/Health01/120-HPFE0110-int-banting-corbett.pdf> acesso em 17.11.2012.

Baptista, Tatiana W. de Faria; Machado, Cristiani V. e Lima, Luciana D. de (2009) - Responsabilidade do Estado e direito à saúde no Brasil: um balanço da atuação dos Poderes. Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):829-839, 2009.

Barros, Elizabeth (2001) - Implementação do SUS: Recentralizar será o caminho?; Ciência & Saúde Coletiva, v. 6, no. 2, São Paulo, 2001.

Batley, Richard (2003), A Política da Reforma na Provisão dos Serviços Públicos; CADERNO CRH, Salvador, n. 39, p. 55-81, jul./dez.

Bayma de Oliveira, F. (org), Política de Gestão Pública Integrada, FAPERJ/FGV, Rio de Janeiro.

Beveridge, William (1942) – The Beveridge Report - Report of the Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services. Published by His Majesty's Stationary Office, 1942, England. Disponível em http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf em 01.10.2011.

Bloch, Renata Arruda (2000) - Democratização da Gestão Pública: a Municipalização da Saúde nos Municípios Brasileiros de Pequeno e Médio Porte; Dissertação de Mestrado, EBAPE/FGV/RJ.

Orientador: Sonia Fleury.

Braga, Ruy (2012) - A política do precariado: do populismo à hegemonia lulista. Ed. Boitempo, São Paulo, 2012.

Brasil (1988) – Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 21.05.2014.

Brasil (1990a) - Lei 8.080 de 19.09.1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/. Acesso em outubro de 2009.

Brasil (1990b) - Lei 8.142 de 28.12.1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/. Acesso em outubro de 2009.

Brasil (1990c) – Projeto de Lei nº 3.110-E de 1989 – Lei Orgânica da Saúde. Disponível em http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=390602&filename=RDF+1+CCJC+%3D%3E+PL+3110/1989. Acesso em 02.05.2012.

Brasil (1990d) – Mensagem no. 680 da Presidência da República ao Congresso Nacional – Vetos ao Projeto de Lei nº 3.110-E de 1989 – Lei Orgânica da Saúde. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/Mensagem_Veto/anterior_98/Vep680-L8080-90.pdf. Acesso em 02.05.2012.

Brasil (1991) – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/INAMPS. Resolução Nº 258, de 07 de Janeiro de 1991 - Norma Operacional Básica/SUS nº 01/91. Disponível em http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acesso em 21.05. 2014.

Brasil (1992) – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/INAMPS. Portaria Nº 234, de 07 de Fevereiro de 1992 - Norma Operacional Básica/SUS nº 01/921. Disponível em http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf. Acesso em 21.05. 2014.

Brasil (1993a) – Ministério da Saúde, PORTARIA Nº 545, DE 20 DE MAIO DE 1993 - Norma Operacional Básica – SUS 01/93.

Brasil (1993b) – Lei 8.689, de 27 de julho de 1993. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8689.htm. Acesso em 21.05.2014.

Brasil (1994) - Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D1232.htm. Acesso em 21.05.2014.

Brasil (1996) – Ministério da Saúde, PORTARIA Nº 2.203, DE 5 DE NOVEMBRO DE 1996 - Norma Operacional Básica – SUS 01/96.

Brasil (1999) - Lei 9.990 de 23.03.1999, disponível em outubro de 2009 em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/.

Brasil (2001) – Ministério da Saúde, Portaria MS/GM nº. 95 de 26 de janeiro de 2001 - Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01.

Brasil (2002) – Ministério da Saúde, Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 - Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02.

Brasil (2003) - Para entender a Gestão do SUS. – Ministério da Saúde. Ed. Conass, Brasília, DF, 2003. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em 21.05.2014.

Brasil (2004a) – Ministério da Saúde/Secret. de Gestão Participativa (2004a) - Estudo do perfil dos delegados da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório de Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Participativa.

Brasil (2004b) – Ministério da Saúde/Secret. de Gestão Participativa (2004b) - Cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Gestão Participativa.

Brasil (2005) – Ministério da Saúde, Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS). Brasília, DF.

Brasil (2006) – Ministério da Saúde, Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS, Portaria nº. 399 MS/GM de 22.02.2006.

Brasil (2006a) – Ministério da Saúde, Pacto pela Saúde – Portaria Nº 699 MS/GM, de 30 de Março de 2006 - Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.

Brasil (2006b) – Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores. Ministério da Saúde, Série Pactos pela Saúde 2006, Volume 6, 2006.

Brasil (2006c) – Seminário do CONASS: Para entender o Pacto pela Saúde. CONASS, 2006. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_pela_saude_e_legislacao.pdf. Acesso em 22.05.2014.

Brasil (2007) - Projeto de Lei 92/2007 (Fundação Estatal - projeto de Lei e substitutivos) disponível em outubro de 2009 em http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=360082

Brasil (2007a) – Projeto de Lei Complementar PLP no. 92/2007 (Fundação Estatal - projeto de Lei e substitutivos), disponível em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=360082>, acesso em 30.06.2013.

Brasil (2007b) - Ministério da Saúde e Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Fundação Estatal : metas, gestão profissional e direitos preservados. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2007. Disponível em http://www.planejamento.gov.br/secretarias/upload/Arquivos/seges/fundacao_estatal/arquivos/081003_PFE_Arq_cartilha.pdf, acesso em 16.03.2011.

Brasil (2007c) - Ministério da Saúde, Portaria nº 1.571, de 29 de junho de 2007, “Estabelece Incentivos Financeiros para implantação e/ou implementação de complexos reguladores”.

Brasil (2008) – Ministério da Saúde, Relatório de Gestão 2008, março de 2009. Disponível, em 07.12.2009, em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_sas_2008.pdf.

Brasil (2008a) – Ministério da Saúde, Política Nacional de Humanização - Disponível, em 07.12.2009, em http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390.

Brasil (2008b) – Ministério da Saúde. Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação - Versão para Debate / Novembro – 2008. Disponível, em 07.12.2009, em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/doc/documento_redes_versao_nov2008.pdf.

Brasil (2008c) – Ministério da Saúde, Portaria 1.559, de 1º de agosto de 2008, “Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS”.

Brasil (2009a) – Regulamento do SUS. Ministério da Saúde, Portaria MS 2.048, de 03 de setembro de 2009. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2048_03_09_2009.html. Acesso em 22.05.2014.

Brasil (2009b) – Ministério da Saúde, Regulamento do SUS, Portaria MS 2.230, de 23 de setembro de 2009. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2230_23_09_2009.html. Acesso em 22.05.2014.

Brasil (2010) - Ministério da Saúde, Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010, “Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Brasil (2011a) - Lei 12.401 de 28.04.2011, “Altera a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS”.

Brasil (2011b) - Decreto 7.508 de 28.06.2011, “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”.

Brasil (2011c) - Lei 12.466 de 24.08.2011, “Altera a Lei 8.142, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências”.

Brasil (2011d) - Resolução CIT/MS 01 de 29.09.2011, “Estabelece diretrizes gerais para a instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011”.

Brasil (2011e) - Regulação em Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Brasília, 2011.

Brasil (2012a) - Lei Complementar Nº 141, de 13.01.2012 (Regulamenta a EC 29 de 2000), “Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências”.

Brasil (2012b) - Resolução CIT/MS 02 de 17.01.2012 (republicou a Resolução CIT/MS 04 de 03.10.2011, sem mencioná-la), “Dispõe sobre as diretrizes nacionais para a elaboração da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Brasil (2012c) - Resolução CIT/MS 01 de 17.01.2012 (republicou a Resolução CIT/MS 03 de 29.09.2011, sem mencioná-la), “Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Brasil (2012d) – Resolução CIT/MS 03 de 30.01.2012 (republicou, ampliando, a Resolução

CIT/MS 02 de 29.09.2011, sem mencioná-la), “Dispõe sobre normas gerais e fluxos do Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Brasil (2012e) – Resolução CIT/MS 04 de 19.07.2012, “Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das regras relativas às responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins de transição entre os processos operacionais do Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP)”.

Brasil (2012f) – Portaria GM/MS nº 1.580, de 19 de julho de 2012, “Afasta a exigência de adesão ao Pacto pela Saúde ou assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, de que trata a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, para fins de repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios e revoga Portarias”.

Brasil (2013a) – Sistema Nacional de Regulação – SISREG, Ministério da Saúde, disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=36608&, acesso em 27.10.2013.

Brasil (2013b) – Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013 que “Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Brasil (2013c) – Programa Mais Médicos para o Brasil. Ministério da Saúde. 2013. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/mais-medicos>. Acesso em 21.05.2014.

Campos, Gastão W. S. (1988a) - A Reforma Sanitária Necessária. Em Reforma Sanitária: Itália e Brasil, Berlinger, Giovanni; Fleury, Sônia M.T. e Campos, Gastão. W. S. (Orgs.), Hucitec-CEBES, 1988. Republicado em Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária, CEBES, 2007.

Campos, Gastão W. S. (1988b) - Tréplica: O Debate Necessário à Construção de uma Teoria sobre a Reforma Sanitária. Saúde em Debate, no. 23, dez/1988, CEBES. Republicado em Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária, CEBES, 2007.

Campos, Gastão W. S. (1992) - A reforma da Reforma: repensando a saúde, São Paulo, Hucitec.

Campos, Gastão W. S. (2005) - O público, o estatal, o privado e o particular nas políticas públicas de saúde. In Heimann LS, Ibanhes LC, Barboza R. (Org.) O público e o privado na saúde. São Paulo, Hucitec, p. 89-110.

Campos, Gastão W. S. (2007) - Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? Em Ciência & Saúde Coletiva, V12, no. 2, 2007.

Campos, Gastão W. S. (2007a) - Reflexões sobre o Sistema Único de Saúde: inovações e limites; em Revista do Serviço Público Edição Especial, Escola Nacional de Administração Pública (ENAP); Brasília, 2007.

Campos, Gastão W. S. (2007b) – O autor responde. Em Ciência & Saúde Coletiva, V12, no. 2, 2007.

Carvalho, Gilson (2001) - A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2), p. 435-444, 2001.

Cavalcante Filho, João T (2007) - A volta do regime jurídico único; site Jus navigandi, disponível

em <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=10621> em 04.11.2009.

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (2009) - Vinte anos do SUS: celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável. In Saúde em Debate (2009), Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 3-8, jan./abr..

CF (1988) – Constituição Federal do Brasil - Disponível em setembro de 2009 em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/_ConstituicaoCompilado.htm.

Chang, H-J. and Evans, P. (2005) – The Role of Institutions in Economic Change; in Dymski, G. and De Paula, S. - Reimagining Growth, Zed Books, 2005.

Coelho, Ivan B. (2007) - Os impasses do SUS. Em Ciência & Saúde Coletiva, V12, no. 2, 2007.

Cohn, Amélia (2005) - O SUS e o Direito à Saúde: Universalização e Focalização nas Políticas de Saúde; em Lima, Nísia Trindade; Gershman, Sílvia; Edler, Flávio Coelho; Suárez, Júlio Manuel (Org.) - Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS, ed. Fiocruz, 2006.

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) – As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2008.

Conass/MS (2003) - Para Entender a Gestão do SUS, MS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, PROGESTORES 2003.

Conass/MS (2005) - Reunião em 11 de maio de 2005 - Resumo executivo - Disponível, em 07.12.2009, em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resumo_mai_05.pdf.

Conselho Nacional de Saúde – 193 Reunião Ordinária, Jan/2009 – RESOLUÇÃO e AGENDA 2009

Costa, Ana Maria; Bahia, Lúcia & Scheffer, Mário (2013) - Onde foi parar o sonho do SUS?, site Plataforma Política Social, em <http://www.politicassocial.net.br/index.php/105-caderno/caderno-saude/207-cad-saude-analigiamario.html> acesso em 30.05.2013.

Costa, NR; Silva, PLB & Ribeiro, José Mendes (1999) - A Descentralização do Sistema de Saúde no Brasil, in Revista do Serviço Público, ano 50, nº 3, pp. 33-56.

D'Ávila, Ana Luiza V, Machado, Cristiani V (2009) - Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde; em Ciência & Saúde Coletiva, 14(3):807-817, 2009.

D'Ávila, Ana Luiza V; Lima, Luciana D & Oliveira, Roberta G (2002) - Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro; em Ciência & Saúde Coletiva, 7(3):493-507, 2002.

Dawson, B. (1964) – Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica nº 93, 1964.

Di Pietro, Maria Sylvia Z. (2009) – Parcerias na Administração Pública: concessão, permissão, franquia, terceirização, parceria público-privada e outras formas. Ed. Atlas, São Paulo, 2009.

Diniz (2007) - Globalização, Estado e Desenvolvimento – Dilemas do Brasil no Novo Milênio, Diniz, Eli, org., Editora FGV, 2007

ENSP/FIOCRUZ (2003) - A qualidade da representação dos usuários nos conselhos distritais de saúde do Rio de Janeiro e a dimensão associativa. Relatório final de pesquisa. Rio de Janeiro.

Falleti, Túlia (2006) - Efeitos da descentralização nas relações intergovernamentais: o Brasil em perspectiva comparada, in *Sociologias*, no. 16, Porto Alegre, Julho/Dezembro.

Farias, Sidney Feitoza; Gurgel Jr., Garibaldi Dantas; Costa, André Monteiro; Brito, Rodrigo de Lino; Buarque, Roberta Rebelo (2011) - A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (Supl. 1):1043-1053, 2011.

Faveret Filho, Paulo & Oliveira JO (1990), A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, 3:139-162, junho, IPEA.

Faveret Filho, Paulo SC (199?) - Políticas de saúde em perspectiva comparada: Brasil, Estados Unidos e Inglaterra; CCJE TESES, IE/UFRJ (ed.).

Fleury, Sônia M. T. (1988) - A Análise Necessária da Reforma Sanitária. *Saúde em Debate*, no. 22, out/1988, CEBES. Republicado em *Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária*, CEBES, 2007.

Fleury, Sonia M. T. (2005) - Redes de políticas: novos desafios para a gestão pública. *Administração em Diálogo*, São Paulo, no 7, 2005, pp. 77-89.

Fleury, Sonia M. T. (2007) - A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. *Em Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):307-317, 2007.

Fleury, Sonia M. T. (2009) - Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído, *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):743-752, 2009.

Fleury, Sônia M. T. (2012) - Judicialização pode salvar o SUS. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 93, p. 159-162, abr./jun. 2012.

Fleury, Sonia M. T. (2012) - Problema do SUS é o abandono da gestão pública. *Entrevista, Saúde Web*, 6 de novembro de 2012, disponível em <http://saudeweb.com.br/33516/problema-do-sus-e-o-abandono-da-gestao-publica/> acesso em 10.03.2013.

Fleury, Sonia M. T. *et alii* (1997b) - Municipalização da Saúde e Poder Local no Brasil. Artigo apresentado no 21º ENANPAD, 21-24 de setembro, 1997.

Fleury, Sonia M. T., Ouverney, Assis L. M. (2007) – *Gestão de Redes*. Editora FGV, Rio de Janeiro, 2007.

Fleury, Sonia MT *et alii* (1997a) - Municipalização da Saúde e Poder Local no Brasil: Relatório de Pesquisa. *Revista de Administração Pública*, Vol. 31, No 3 (1997).

Folha de São Paulo (2013) - Dilma ouve de médicos que hospitais federais são 'pocilgas humanas' em 04.04.2013. Disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1257516-dilma-ouve-de-medicos-que-hospitais-federais-sao-pocilgas-humanas.shtml>, em 12.04.2013.

Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) (2006) – O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade; Rio de Janeiro, julho de 2006; disponível em julho de 2009 em <http://www.cebex.org.br/anexos/O%20SUS%20PRA%20VALER.pdf>.

France, George (2001) (a cura di). *Federalismo, Regionalismo e Standart Sanitari Nazionali: quattro paesi, quattro approcci*. Milano: Giuffrè Editore. Fichamento de Luciana Dias de Lima.

France, George (2002a) - *Federalismo fiscal: experiências internacionais e modelo para a Itália*.

In: Negri, Barjas; Viana, Ana L.D. (Orgs.), O SUS em dez anos de desafio. São Paulo, Sobravime/Cealag, 2002. p.65-83. Traduzido de Compatibilità fra il federalismo e gli standard sanitari nazionali: una sintesi delle esperienze estere e possibili lezioni per L' Italia. Em France, George (a cura di), 2001, Federalismo, Regionalismo e Standart Sanitari Nazionali: quattro paesi, quattro approcci. Milano: Giuffré Editore.

France, George (2002b) - Estilo nacional e saúde regional. In: Negri, Barjas; Viana, Ana L.D. (Orgs), O SUS em dez anos de desafio. São Paulo, Sobravime/Cealag, 2002. p.65-83. Traduzido de Uno stilo nazionale per una sanità regionale? Em France, George (a cura di), 2001, Federalismo, Regionalismo e Standart Sanitari Nazionali: quattro paesi, quattro approcci. Milano: Giuffré Editore.

Franco, Túlio B. & Franco, Camila M. (2011) - Linhas do Cuidado Integral: Uma Proposta de Organização da Rede de Saúde. Em Pessoa, Luísa R.; Torres, Kellem R.B.O.; Santos, Eduardo H.A. (Orgs.) – Manual do Gerente: desafios da média gerência na Saúde, ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_379517240.pdf e <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=14827&tipo=B>. Acesso em 23.04.2014.

Franco, Túlio B. (2003) – O uso do Fluxograma Descritor e Projetos Terapêuticos em Apoio ao Planejamento: o caso de Luz (MG); in Merhy, E.E. et al (Org.) O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Ed. Hucitec, São Paulo, 2003. Disponível em http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/fluxograma_descritor_e_projetos_terapeuticos_caso_de_luz_tulio_franco.pdf. Acesso em 23.04.2014.

Franco, Túlio B.; Magalhães Jr., H. M. (2003) - Integralidade na Assistência à Saúde: a Organização das Linhas do Cuidado. Em Merhy, E.E. et al (Org.) O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Ed. Hucitec, São Paulo, 2003. Disponível em http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/integralidade_na_assistencia_a_saude_tulio_franco_helvecio_magalhaes.pdf. Acesso em 23.04.2014.

Franzese, Cibele e Abrúcio, Fernando Luiz (2009) - Federalismo e políticas públicas: uma relação de reciprocidade no tempo; 33º Encontro Anual da ANPOCS, GT 32: Políticas Públicas, 2009. Disponível em http://anpocs.org/portal/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=297&limit=20&limitstart=0&order=hits&dir=DESC&Itemid=209, acesso em 10.11. 2012.

Fundação Getúlio Vargas - FGV/Ministério da Saúde/UNESCO (2008) - "Apoio a Elaboração de Planos Estaduais e Projetos Operativos do QUALISUS Produto II – Proposta Final do Manual" - Apoio a Elaboração de Planos Estaduais e Projetos Operativos do QUALISUS. Disponível, em 08.12.2009, em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Apoio_Eaboracao_PE-PO_2.pdf

Gerschman, Silvia & Werneck Vianna, Maria Lucia T. (1997) – A Miragem da Pós-Modernidade: Democracia e Políticas Sociais no Contexto da Globalização, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.

Gerschman, Silvia (1995). A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995 1ª. edição, 2004 2a.edição ampliada.

Gerschman, Silvia (Org.) (1997) - Políticas Sociais no Contexto da Globalização; Ed. Fiocruz, 1997.

Gershman, Sílvia & Viana, Ana Luísa (2006) - Descentralização e Desigualdades Regionais em Tempos de Hegemonia Liberal; in Lima, Nísia Trindade; Gershman, Sílvia; Edler, Flávio Coelho; Suárez, Júlio Manuel (Org.) - Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS, ed. Fiocruz.

Giovanella, Lígia e outros (2002) - Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. In: Saúde em Debate. Rio de Janeiro: CEBES, ano XXVI, v. 26, n. 60, jan./abr., 2002.

Giovanella, Lígia e outros (2009) - Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil; *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):783-794.

Goulart, Flávio AA (2001) - Esculpindo o Sus a Golpes de Portaria - Considerações sobre o Processo de Formulação das NOBs; *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, no. 2, São Paulo.

Granemann, Sara (2007) - Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital; Em Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde; orgs. Bravo, Maria Inês S.; Pereira, Débora de S.; Menezes, Juliana S. B. de; Oliveira, Mariana M. do N.. Ed. Aduferj Seção Sindical & Projeto Políticas Públicas de Saúde (Faculdade de Serviço Social/UERJ).

Guimarães, Maria do Carmo L. (2002) - O debate sobre a descentralização de políticas públicas: um balanço bibliográfico. *Organizações & Sociedade*, Vol. 9, N° 23 (2002). Disponível em <http://www.revistaoes.ufba.br/viewarticle.php?id=88&layout=abstract>, acesso em 20.03.2012.

Guimarães, Maria do Carmo L. (2003) - Processo Decisório e Conflitos de Interesse na Implementação da Descentralização da Saúde; em *CADERNO CRH*, Salvador, n. 39, p. 55-81, jul./dez. 2003

Hill, Michael J (1997) – *The Policy Process in the Modern State*, Pearson/Prentice Hall, Third Edition, London.

Hill, Michael J. (1997) – *The Policy Process in the modern capitalist state*; Prentice Hall, 3rd. ed., Essex, England.

Hodgson, G (1988) – *Economics and Institutions*; Polity Press, 1988, Caps. 8 Markets as Institutions (pags. 172 a 193), Cap. 9 Firms and Markets (pags. 195 a 216).

Hodgson, G. (2005) – *Institutions and Economic Development: Constraining, Enabling and Reconstituting*; in Dymski, G. and De Paula, S. - *Reimagining Growth*, Zed Books, 2005.

Houaiss, Antônio (2001) - *Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa*, versão 1.0, Instituto Antônio Houaiss, Editora Objetiva Ltda., dezembro de 2001.

IDEC e USP (2013) - Ato Público "Os planos de saúde vão acabar com o SUS?". Disponível em <https://www.idec.org.br/mobilize-se/evento/ato-publico-os-planos-de-saude-vo-acabar-com-o-sus>, acesso em 12.04.2013.

Inglaterra (1946) - *The U.K. National Health Service Act of 1946*, disponível em <http://old.post-gazette.com/pg/10119/1054305-114.stm> em 04.05.2013.

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Brasil (1991) – Resolução Nº 258, de 07 de Janeiro de 1991 - Norma Operacional Básica Nº 01/91 - NOVA POLÍTICA DE FINANCIAMENTO DO SUS PARA 1991.

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Brasil (1991a) – RESOLUÇÃO Nº 273, DE 17 DE JULHO DE 1991- Reedição da Norma Operacional Básica/SUS Nº 01/91.

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Brasil (1992) – NORMA

OPERACIONAL BÁSICA– SUS/1992.

Instituto Nacional do Câncer (INCA) 2006 – A situação do câncer no Brasil. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde/INCA/Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2006.

Karam, Ricardo AS (2001) - Modernização Gerencial: Um Caminho Obrigatório para Consolidação e o Fortalecimento do Sistema Único de Saúde; Dissertação de Mestrado, EBAPE/FGV/RJ. Orientador: Paulo Roberto de Mendonça Motta.

Kerbaui, Maria Teresa M (2001) - Federalismo, Descentralização e Democracia. Revista Estudos de Sociologia do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" v. 6, n. 10 (2001), disponível em <http://seer.fclar.unesp.br/estudos/article/view/180/177> em 21.05.2013.

Krüger, Tânia R (2005) - Os Fundamentos Ideo-Políticos das Conferências Nacionais de Saúde; Tese de Doutorado, UFPE, Nov./2005, Orientadora Maria de Fátima Gomes de Lucena

Kuschnir, Rosana C.; Chorny, Adolfo H. (2010) - Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2307-2316, 2010.

Kuschnir, Rosana C.; Chorny, Adolfo H.; Lira, Anilka M. L. (2010) - Gestão dos sistemas e serviços de saúde. Departamento de Ciências da Administração / UFSC, Florianópolis, SC; CAPES/UAB, Brasília, 2010. Disponível em www.uft.edu.br/dte/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=338&Itemid=51. Acesso em 27.09.2013.

Labra, Maria Eliana (2002) - Processo decisório e conselhos de saúde: balanço a partir da produção acadêmica (1996-2001). Relatório final de pesquisa, Ensp/Fiocruz, Rio de Janeiro.

Labra, Maria Eliana (2006a) - Conselhos de Saúde – Visões “macro” e “micro”, in *Civitas*, vol. 6, no.1, Porto Alegre, Jan-Jun. Versão abreviada e modificada do trabalho Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios, publicado em Lima, Nísia Trindade; Gershman, Sílvia; Edler, Flávio Coelho; Suárez, Júlio Manuel (Org.) - *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS*, ed. Fiocruz, 2006.

Labra, Maria Eliana (2006b) - Conselhos de Saúde: dilema, avanços e desafios; em Lima, Nísia Trindade; Gershman, Sílvia; Edler, Flávio Coelho; Suárez, Júlio Manuel (Org.) - *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS*, ed. Fiocruz, 2006.

Labra, Maria Eliana; Figueiredo, J (2002) - Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

Lega, Federico (2007) - Organisational design for health integrated delivery systems: theory and practice. *Health policy* 81(2007):258-279, disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851006001394> em 17.09.2012.

Levcovitz, Eduardo; Lima, Luciana D.; Machado, Cristiani V. (2001) - Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas; em *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 6, no.2, Rio de Janeiro.

Lima, Luciana Dias (2007) - Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil, *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):511-522, 2007.

Lima, Luciana Dias (2012) - Federalismo, descentralização e regionalização na política de saúde do Brasil. In: Asensi, Felipe Dutra; Pinheiro, Roseni (Orgs.). *Direito Sanitário*. Rio de Janeiro: EL-

sevier, 2012. p. 131-161.

Lima, Nísia Trindade; Gershman, Sílvia; Edler, Flávio Coelho; Suárez, Júlio Manuel (Org.) - Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS, ed. Fiocruz, 2006.

Machado, Cristiani V, Baptista, Tatiana W e Lima, Luciana D (2010) - O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000; *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2367-2382, 2010.

Machado, José Angelo (2007) - Políticas Públicas Descentralizadas e Problemas de Coordenação: O Caso do Sistema Único de Saúde, 2007. Em <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/VCSA-7GYV99>, acesso em 22.10.2012.

Machado, Kátia (2007) - Um novo modelo de gestão em debate; *Radis Comunicação em saúde*, nº. 58, Junho de 2007, Ensp/Fiocruz, Rio de Janeiro, RJ.

Marques, AJS (2009) Rede de Atenção a Urgência e Emergência na Macrorregião Norte de Minas Gerais, Estudo de Caso 02, disponível em http://200.19.222.8/materiais/redes_de_atencao/oficina_pactuacao_emergencia/Estudio%20de%20Caso%2002%20-%20Brasil%20Rede%20UE%20MG%20POR.pdf em 24.06.2009.

Marques, AJS et alli Org. (2009) - O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, BH, , disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/choque_gestao_saude_minas_gerais.pdf em 24.06.2009.

Marques, Eduardo César; Arretche, Marta; Hochman, Gilberto & Kuschnir, Karina (2007); Dossiê: métodos e explicações da política, in *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, vol.22 no. 64, São Paulo, June

Marques, Eduardo; Arretche, Marta (2003) - Condicionantes locais da descentralização da política de saúde; em *CADERNO CRH*, Salvador, n. 39, p. 55-81, jul./dez.

Mendes, Eugênio Vilaça (2007) - A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. Disponível em http://www.saude.es.gov.br/download/A_MODELAGEM_DAS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf. Acesso em 19.07.2011.

Mendes, Eugênio Vilaça (2007) – A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. Disponível em http://www.saude.es.gov.br/download/A_MODELAGEM_DAS_REDES_DE_ATENCAO_A_SAUDE.pdf, acesso em 19.07.2011.

Mendes, Eugênio Vilaça (2007) – Revisão Bibliográfica Sobre Redes de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, maio de 2007.

Mendes, Eugênio Vilaça (2008) – As Redes de Atenção à Saúde, Ed. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP/MG), 2008.

Mendes, Eugênio Vilaça (2011) - As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil; Brasília, DF, 2011.

Mendes, Eugênio Vilaça (2012) - O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil; Brasília, DF, 2012.

Menicucci, Telma M. G. (2005) - A Implementação da Reforma Sanitária: A Formação de uma Política; Escola de Governo da Fundação João Pinheiro; Texto para Discussão Nº 19; Belo Horizonte, MG; Outubro de 2005.

Merhy, Emerson E.; Magalhães Jr, Helvécio M.; Rimoli, Josely; Franco, Túlio B.; Bueno, Wanderley S. (Orgs.) (2003) - O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano. Ed. Hucitec, São Paulo, 2003.

Ministério da Saúde/Secret. de Gestão Participativa - Relatórios dos Congressos e Plenárias Nacionais dos Conselhos de Saúde.

Nobre, Marcos (2013) - Imobilismo em movimento : Da redemocratização ao governo Dilma. Ed. Companhia das Letras, São Paulo, 2013.

North, D. (1990) – Institutions, Institutional Change and Economic Performance; Cambridge University Press, 1990 – Part I Institutions (págs. 3 a 16, 27 a 35.); Part II Institutional change (págs. 73 a 82).

11

North, D. (1991) – Institutions; Journal of Economic Perspectives, vol. 5, n. 1, (Winter 1991), pages 97-112.

North, D. (1994) - Economic Performance Through Time; American Economic Review, 84(3), June, pp. 359-67.

O Globo (2008) – “País tem hoje o Ministério da Doença”. Jornal O Globo, 27.07.2008, p. 14, Rio de Janeiro, RJ.

O Globo (2009a) – Hospitais públicos do Nordeste perdem médicos. Jornal O Globo, 19.04.2009, p. 3, Rio de Janeiro, RJ.

O Globo (2009b) – Hospitais vivem crise com falta de pediatras. Jornal O Globo, 26.04.2009, p. 13, Rio de Janeiro, RJ.

O Globo (2009c) – Médico defende mais incentivo a bons profissionais. Jornal O Globo, 26.04.2009, p. 13, Rio de Janeiro, RJ.

O Globo (2009d) – Uma saída para melhorar a gestão de 2 mil hospitais. Jornal O Globo, 13.07.2009, p. 11, Rio de Janeiro, RJ.

O Globo (2009e) – Demissão ameaça sobrevivência do SUS, alerta CNS. Jornal O Globo, 13.07.2009, p. 11, Rio de Janeiro, RJ.

O Globo (2013) – Hospitais federais do Rio são ‘pocilgas humanas’, diz presidente de federação dos médicos em 04.04.2013. Disponível em <http://oglobo.globo.com/pais/hospitais-federais-do-rio-sao-pocilgas-humanas-diz-presidente-de-federacao-dos-medicos-8031195> em 12.04.2013.

O Globo (2013a) – Padilha diz que críticos do Mais Médicos não podem barrar programa na Justiça. Disponível em <http://oglobo.globo.com/pais/padilha-diz-que-criticos-do-mais-medicos-nao-podem-barrar-programa-na-justica-8977142>, acesso em 13.07.2013.

O Globo (2013b) – Partidos querem criar 419 novos municípios. Jornal O Globo de 26.05.2013, página 01. Disponível também em <http://oglobo.globo.com/pais/partidos-querem-criar-410-novos-municipios-no-pais-8499847>, acesso em 12.04.2013.

O Globo (2014a) – 'World Wide Web' completa 25 anos. Jornal O Globo Online de 26.05.2013. Disponível em <http://g1.globo.com/tecnologia/noticia/2014/03/world-wide-web-faz-25-anos.html>. Acesso em 13.03.2014.

O Globo (2014b) – Hospital dos Servidores lidera ranking de espera por cirurgias. Disponível em <http://oglobo.globo.com/rio/hospital-dos-servidores-lidera-ranking-de-espera-por-cirurgias-12505124>, acesso em 17.05.2014.

Oliveira, Jaime A. (1988) - Para uma Teoria da Reforma Sanitária: “Democracia Progressiva” e Políticas Sociais. Saúde em Debate, no. 20, abril/1988, CEBES. Republicado em Saúde em Debate: fundamentos da reforma sanitária, CEBES, 2007.

Organização Mundial da Saúde (OMS) (2003) - Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Organização Mundial da Saúde, Brasília, 2003. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42500/2/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf, acesso em 06.09.2013. Primeira edição, 2002, Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action - Global Report.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2007) - Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), Washington, D.C., 2007.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2009) - Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de Salud.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2010a) - Redes Integradas de Servicios de Salud - Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. OPAS, Washington, D.C., 2010. Disponível em http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf. Acesso em 21.04.2011.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2010b) - A Atenção à Saúde Coordenada pela APS: Construindo as Redes de Atenção no SUS. OPAS Representação Brasil, Brasília, 1.ª edição, 2010.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (2011) - A Atenção à Saúde Coordenada pela APS: Construindo as Redes de Atenção no SUS - Contribuições para o debate. NAVEGADOR-SUS. Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, nº 2. OPAS Representação Brasil, Brasília, 2.ª edição, 2011.

Paim, Jairnilson S (1991) - Quando a municipalização não é o caminho, pp.191-194. em Saúde, política e reforma sanitária, CEPS-ISC, Salvador. (Publicado originalmente em Temas/Radis 12:27-28, nov. 1991, Fiocruz).

Paim, Jairnilson S (2008) – Reforma Sanitária Brasileira Contribuição para a compreensão e crítica; Edufba, Salvador, e Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

Paim, Jairnilson S; Teixeira, Carmen F (2007) - Configuração Institucional e Gestão do Sistema Único de Saúde: Problemas e Desafios; em Ciência & Saúde Coletiva, vol.12, no.2, Rio de Janeiro Mar/Apr., 2007.

Paraná, Estado do (2013) – SUS e prestadores de serviços – Página Inicial. Ministério Público do Paraná. Disponível em <http://www.saude.caop.mp.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=21>, acesso em

22.05.2013.

Pasche, Dário F. (2007) - A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. Em *Ciência & Saúde Coletiva*, V12, no. 2, 2007.

Peres, Ana Maria Euler (2002) - A descentralização da Política de Saúde no Brasil:

a municipalização é mesmo o caminho? Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social, UERJ, Rio de Janeiro, RJ. Disponível em <http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/get.php?id=006>, acesso em 03.04.2013.

Pesquisas do Cedec – Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Amélia Cohn e outros) <http://www.cedec.org.br/pesquisas.asp>

Pillar, Inês R (2002) - A Informação no Processo de Descentralização Administrativa do Setor de Saúde: O Caso do Cartão Nacional de Saúde de Niterói; Dissertação de Mestrado, EBA-PE/FGV/RJ, Orientador: Moisés Balassiano.

Pinto ICM (2004) - Ascensão e queda de uma questão na agenda governamental: o caso das organizações sociais da saúde na Bahia [Tese de Doutorado]. Salvador: Núcleo de Pós-graduação em Administração, Universidade Federal da Bahia; 2004.

Pinto, Hêider A; Franco, Túlio B; e Merhy, Emerson E (2009) – Fundação Estatal e o fortalecimento da capacidade de ação do Estado; Blog do CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), disponível em <http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/fundacao-estatal-fortalecimento-capacidade-acao.pdf>, em 04.11.2009.

Pinto, Nicanor RS; Tanaka, Oswaldo Y; Spedo, Sandra Maria (2009a) - Política de saúde e gestão no processo de (re)construção do SUS em município de grande porte: um estudo de caso de São Paulo, Brasil; in *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(4):927-938, abril, 2009.

Pinto, Nicanor RS; Tanaka, Oswaldo Y; Spedo, Sandra Maria (2010) – (Im)possibilidades de implementar uma direção única no SUS em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. Em *Saude e Sociedade*, vol.19, no.3, São Paulo, July/Sept. 2010.

Rezende, Conceição A P (2008) – O Modelo de Gestão do SUS e as Ameaças do Projeto Neoliberal. Em *Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde*; orgs. Bravo, Maria Inês S.; Pereira, Débora de S.; Menezes, Juliana S. B. de; Oliveira, Mariana M. do N.. Ed. Aduferj Seção Sindical & Projeto Políticas Públicas de Saúde (Faculdade de Serviço Social/UERJ).

Ribeiro, Patrícia T. (2009) - A descentralização da ação governamental no Brasil dos anos noventa: desafios do ambiente político-institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):819-828, 2009.

Santos, Lenir (2007) – Fundação Estatal. Palestra no Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Painel “Impasses e alternativa de gestão do SUS”, Salvador/Bahia, 15.07.2007.

Santos, Lenir (2010) – Relações interfederativas e gestão de redes de atenção à saúde. Apresentação no Ciclo de Debates sobre Redes de Saúde, OPAS, Brasília, 14.12.2010.

Santos, Lenir (2011) – O Decreto 7.508. Entrevista ao Portal para Gestores do SUS. Disponível em <http://susbrasil.net/2011/07/28/em-entrevista-a-portal-lenir-santos-esclarece-pontos-sobre-decreto-7-508/> e http://new.paho.org/bra/apsredes/index.php?option=com_content&view=article&id=401:sus-

[alcanca-maturidade-juridica-com-regulamentacao-da-lei-8080&catid=20:entrevistas&Itemid=43](#). Acesso em 08.08.2011

Santos, Lenir; Andrade, Luiz O. M. (2007) - SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos - aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

Santos, Lenir; Andrade, Luiz O. M. (2011) - Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3):1671-1680, 2011.

Santos, Maria Angélica B (2005) - Ambiente Institucional e Interfaces Organizacionais na Gestão de Hospitais Públicos do Sistema Único de Saúde. Dissertação de Mestrado, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ.

Santos, Maria Angélica B; Gerschman, Sílvia (2004) - As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores; em *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3):795-806.

Saúde em Debate (2009), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, Editorial, p. 3-5, jan./abr de 2009.

Schramm, Joyce M. A.; Oliveira, Andreia F.; Leite, Iúri da Costa; Valente, Joaquim G.; Gadelha, Ângela Maria J.; Portela, Margareth C.; Campos, Mônica R. (2004) - Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4):897-908, 2004.

Serra, Carlos G. (2003) - Garantia de Acesso à Atenção Básica e Continuidade de Cuidados como Estratégias para Consolidação da Integralidade no SUS: Uma Análise sobre os Processos de Implantação do PSF, Construção de Sistemas de Referência e Regionalização Assistencial no Estado do Rio de Janeiro; Tese de Doutorado em Saúde Coletiva, em Política, Planejamento e Administração em Saúde, do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, orientação de Eduardo Levcovitz.

Serra, Carlos G.; Rodrigues, Paulo Henrique de Almeida (2010) - Avaliação da referência e contra-referência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro; *Ciência & Saúde Coletiva* vol. 15, supl. 3, novembro, 2010.

Serruya, Suzanne J; Guimarães R; Albuquerque, Itajaí O; Morel, Carlos M (ano???) - Research and innovation in Brazil: the institutional role of the Ministry of Health. Em *Global Forum Update on Research for Health*, Vol. 5.

Servicio Andaluz de Salud (2010) – Diraya - Sistema Integrado de Gestión e Información para la Atención Sanitaria, em http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_diraya, acesso em 14.06.2012.

Silva, Beatrice M Parmênides (2007) - O Sistema Único de Saúde: o descompasso entre a realidade normativa e a realidade fática. Tese de doutorado, PUC/SP/Direito, 2007.

Singer, André (2012) - Os sentidos do Lulismo: reforma gradual e pacto conservador. Ed. Companhia das Letras, São Paulo, 2012.

Solla, Jorge J.S. Pereira (2006) - Avanços e Limites da Descentralização no SUS e o “Pacto De Gestão”. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.30 n.2, p.332-348, jul./dez. 2006.

Souza, Celina (2007) - Regiões Metropolitanas, Reforma do Regime Político e Vazio de Gover-

nança; em *Globalização, Estado e Desenvolvimento – Dilemas do Brasil no Novo Milênio*, Diniz, Eli (org.), Editora FGV, 2007

Souza, Doriane P. F. (2004) - Estudo Exploratório da Atenção de Alta Complexidade prestada pelos hospitais do Sistema Único de Saúde; Dissertação de Mestrado Profissional, ENSP/FIOCRUZ, Riode Janeiro, RJ.

Souza, Luis Eugenio PF (2009) - O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão; em *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.14, no.3, Rio de Janeiro, 2009.

Tapia, Jorge RR (2007) - Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social: os Desafios da Construção Institucional; em *Globalização, Estado e Desenvolvimento – Dilemas do Brasil no Novo Milênio*, Diniz, Eli, org., Editora FGV, 2007

Temporão, José G (2008) – O nó da saúde está na emergência dos hospitais. Artigo assinado, jornal O Globo, 23.07.2008, Rio de Janeiro, RJ.

Temporão, José G (2013) – O SUS é componente central para a consolidação da democracia no país – Entrevista, Radis-na-Rede, 08.04.2013, disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/radis/radis-na-rede/o-sus-e-componente-central-para-consolidacao-da-democracia-no-pais>, em 12.04.2013.

Trevisan, LN; Junqueira, LAP (2007) - Construindo o “pacto de gestão” do SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Rev C S Col* 2007; 123(4):893-902.

USP/SP (2013) - Ato Público em 26.04.2013 "Os planos de saúde vão acabar com o SUS?", disponível em <https://www.idec.org.br/mobilize-se/evento/ato-publico-os-planos-de-saude-vo-acabar-com-o-sus>, em 12.04.2013.

Vários (2007) – Fundação Estatal de Direito Privado; Radis nº 58, Junho, ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, RJ, disponível em <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/58/02.html> em 04.11.2009.

Vários (2007) - O SUS em Questão. Em *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.12, no.2, Rio de Janeiro Mar/Apr 2007.

Viana, Ana Luiza d'Á; Lima, Luciana Dias; Oliveira, Roberta Gondim (2002) - Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. Em *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3):493-507, 2002.

Viana, Ana Luiza d'Á; Machado, Cristiani Vieira (2009) - Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. Em *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):807-817, 2009.

Vianna, Maria Lúcia T. Werneck (1998) - A Americanização (perversa) da Seguridade no Brasil: Estratégias de Bem-Estar e Políticas Públicas. Revan, UCAM/IUPERJ, Rio de Janeiro.

Vianna, Maria Lúcia T. Werneck (2008a) – Hiper-realidade ou hipoteoria? A reflexão dos cientistas sociais sobre a política social no Brasil de hoje. Em BAYMA de OLIVEIRA, F. (org), *Política de Gestão Pública Integrada*, FAPERJ/FGV, Rio de Janeiro.

Vianna, Maria Lúcia T. Werneck (2008b) – Reforma do Estado e Política Social: notas à margem do tema. Em *Política de Saúde na Atual Conjuntura: Modelos de Gestão e Agenda para a Saúde*; orgs. Bravo, Maria Inês S.; Pereira, Débora de S.; Menezes, Juliana S. B. de; Oliveira, Mariana M. do N.. Ed. Aduferj Seção Sindical & Projeto Políticas Públicas de Saúde (Faculdade de Serviço Social/UERJ).

Vianna, Maria Lúcia T. Werneck (2009) – As batatas de Pirro. Comentários sobre As regras institucionais, constrangimentos macroeconômicos e inovação do sistema de proteção social brasileiro nas décadas de 1990 e 2000. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):707-719, 2009.

Vianna, Maria Lúcia T. Werneck (2011) - Universalismo X Focalização e Outras Controvérsias: Espécies em Extinção?. Em *Políticas Públicas e Financiamento Federal do SUS*, Org. Clarice Melamed e Sérgio Francisco Piola, Brasília, Ipea, 2011.

World Health Organization (WHO) (2008) - Integrated Health Services - What and Why? Technical Brief No. 1, WHO Working Group on Service Delivery, maio 2008.