Introdução

Adriano Maia dos Santos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SANTOS, A.M. Introdução. In: *Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado* [online]. Salvador: EDUFBA, 2018, pp. 25-31. ISBN 978-85-232-2026-6. <https://doi.org/10.7476/9788523220266.0003>.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

INTRODUÇÃO

A garantia da saúde para todos os cidadãos, corporificada na Constituição Federal de 1988, consubstancia-se num cenário de ampliação dos direitos sociais, sendo, portanto, uma política de Estado, visando à expansão e à universalização do sistema de proteção social, na perspectiva de conformação de um estado de bem-estar social no Brasil, sustentado na segurança social, que impacta na construção da própria sociedade, primando pela justiça social. O Estado de bem-estar social (*welfare state*) conforma-se a partir das especificidades de cada lugar como produto de uma situação histórica, ou seja, trata-se de um fenômeno dinâmico. Neste livro, entende-se o Estado de bem-estar social de perfil institucional redistributivo (DRAIBE, 1989), tendo como alicerce a justiça social baseada no ideal de igualdade de resultados, garantido mediante políticas públicas amplas e universais.

A modelagem das políticas sociais, no caso específico da saúde, responde o quanto “[...] a sociedade (governo, mercado e comunidade) toma para si a responsabilidade pela saúde da população” (LOBATO; GIOVANELLA, 2012, p. 90), definindo os componentes e a dinâmica do sistema num dado contexto histórico, político, econômico e cultural em cada país. No Brasil, as políticas de saúde para garantia do cuidado individual e coletivo conformam-se no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estruturadas pelo compartilhamento de responsabilidades entre

as três esferas da federação (União, estados e municípios), devendo ser mediada pela participação e controle social. (BRASIL, 1990a, 1990b)

O sistema nacional de saúde brasileiro assume, constitucionalmente, uma concepção ampliada da saúde enquanto uma produção social, situando-a como um direito de cidadania e uma obrigação do Estado. Para tanto, o SUS é balizado por princípios e diretrizes que norteiam a gestão das políticas de formulação e implementação de estratégias que incidem na organização da rede de atenção à saúde. Os princípios e diretrizes instaurados na Constituição de 1988, no Artigo 198 e no capítulo II da Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8.080/90, estabelecem a universalidade, a igualdade no acesso aos serviços de saúde, a integralidade, a participação da comunidade, a descentralização e a organização da rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1990a) como dispositivos legais para materialização do sistema público de saúde, sendo regulamentada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. (BRASIL, 2011a)

Nessa seara, os princípios e diretrizes vêm paulatinamente se delineando dentro das políticas de saúde, mas de modo assimétrico e em ritmos descompassados, imprimindo permanentes desafios à gestão do SUS, porquanto, “alguns destes princípios são mais visíveis, como a descentralização e a universalidade; outros, ainda distantes, como o controle social e a integralidade, talvez o mais ausente até aqui”. (GIOVANELLA et al., 2002, p. 39)

Por essa óptica, tem-se produzido inúmeros ensaios teóricos e pesquisas¹ a respeito das dimensões, sentidos e fronteiras intrínsecos ao princípio da integralidade, ao cuidado e à gestão em redes de saúde, com uma gama de perspectivas que buscam delinear categorias analíticas que iluminem e deem suporte às pesquisas empíricas. Para Silva Júnior

---

1 Pesquisadores do Laboratório de Pesquisas de Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis), do Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com a colaboração de inúmeros pesquisadores de outras instituições, têm produzido uma vasta coletânea com estudos que auxiliam na identificação e construção de práticas de atenção integral à saúde, cuidado e gestão em redes, repensando a noção de integralidade a partir da análise, divulgação e apoio a experiências inovadoras.

e colaboradores (2006, p. 65), “a integralidade é tomada como bandeira política, indissociável da universalidade e da equidade, e é materializada, no cotidiano, em práticas de gestão, de cuidado e de controle pela sociedade”.

Revolvendo esse terreno, Cecílio (2009) propõe a análise da integralidade sob as lentes da gestão do cuidado. Para tanto, o autor compreende que a gestão do cuidado comporta três dimensões: uma dimensão profissional, uma organizacional e uma sistêmica. A primeira refere-se ao processo de trabalho em saúde na esfera do encontro entre o usuário e o trabalhador de saúde, ou seja,

a postura ética do trabalhador, em particular como ele concebe esse ‘outro’ (o paciente) que necessita de seus cuidados; a competência com que o trabalhador opera o seu ‘núcleo’ de saber, o que nos remete ao maior ou menor domínio técnico-científico para buscar as melhores respostas para o problema apresentado pelo paciente; a capacidade de criação de um bom vínculo profissional-paciente. (CECÍLIO, 2009, p. 548)

A dimensão seguinte corresponde ao componente institucional das práticas, referindo-se ao nível das relações entre os diferentes profissionais e as tecnologias disponíveis para operacionalizar o cuidado em saúde, tratando-se de uma dimensão que resulta dos vários processos de trabalho da dimensão profissional que estão interagindo e estabelecendo novos fluxos na produção do cuidado. Ambas correspondem à micropolítica do trabalho em saúde. A dimensão sistêmica, por sua vez, engloba as anteriores e representa o modelo de atenção à saúde operacionalizado na prática. Sendo assim, diz respeito à gestão da rede de cuidados que se dá num determinado território (municipal ou regional), imprescindível para garantia da integralidade à saúde, circunscrita à macropolítica de saúde. Por fim, salienta-se que o autor defende a corresponsabilidade na operacionalização do cuidado, por isso compreende os diferentes encontros e os distintos *loci* envolvidos como espaços de gestão.

As considerações de Cecílio (2009) guardam estreita relação com os sentidos de integralidade analisados por Mattos (2009a), que reconhece pelo menos três conjuntos de sentidos para a integralidade: como um atributo das próprias práticas (relação profissional-usuário), como um modo de organização do trabalho nos serviços de saúde e como um atributo das políticas. As dimensões da gestão do cuidado, por esse prisma, têm a mesma equivalência dos sentidos da integralidade.

A complexidade do tema também foi analisada por Giovanella e colaboradores (2002), quando se debruçaram para produzir uma metodologia para avaliar o cumprimento do princípio da integralidade na gestão e organização dos sistemas municipais, buscando uma interlocução entre o campo da avaliação de políticas e avaliação de serviços. Os autores sistematizaram a integralidade em quatro dimensões: 1) primazia das ações de promoção e prevenção; 2) garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; 3) articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação; e 4) abordagem integral do indivíduo e família.

Agrupando-se essas dimensões articuladas à gestão do cuidado, tem-se que as três primeiras correspondem à dimensão sistêmica da gestão do cuidado. Dessa forma, relacionam-se ao campo de intervenção na política, na organização do sistema e na gestão, enquanto que a derradeira dimensão equivale à gestão organizacional e profissional do cuidado, respondendo ao modo de organização dos serviços e atributo das práticas.

Outro olhar para a organização das práticas em saúde foi apontado por Teixeira (2003), ao analisar os modelos de atenção à saúde e suas combinações política, tecnológica e organizacional. A autora buscou a identificação dos traços principais, fundamentos, lógicas e racionalidades ao sistematizar três dimensões: uma político-gerencial, relacionada à reorganização das ações e serviços; uma organizativa, relacionada às unidades de prestação de serviço; e uma técnico-assistencial ou operacional, relacionada aos sujeitos da prática, aos objetos de trabalho e às tecnologias que medeiam o trabalho em saúde.

As dimensões sugeridas por Teixeira (2003) congregam os elementos (ações e estrutura) necessários para compreensão das distintas organizações dos serviços e, por sua vez, convergem com as dimensões da gestão do cuidado, os sentidos e dimensões da integralidade apontados por Cecílio (2009), Mattos (2009a) e Giovanella e colaboradores (2002), respectivamente. Tais congruências foram reunidas na Figura 1.

Figura 1 – Dimensões da gestão do cuidado em saúde e seus equivalentes teóricos

Fonte: elaborada pelo autor com base em Cecílio (2009), Giovanella e colaboradores (2002), Mattos (2009a) e Teixeira (2003).

A materialização da rede de saúde por meio da gestão do cuidado em suas três dimensões (sistêmica, organizacional e profissional) exige o imbricamento das agendas dos distintos entes nacionais de maneira co-operada, articulando os distintos sujeitos que produzem a integralidade no cotidiano (gestores, trabalhadores de saúde e usuários dos serviços). Esse fato que traz enormes desafios teóricos e práticos para constituição de uma rede regionalizada com serviços integrados e cuidados coordenados por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS).

Nessa perspectiva, adotou-se que a gestão do cuidado, enquanto imagem-objetivo, consubstancia-se em redes de atenção à saúde num determinado território, conformando uma malha tecida por diferentes sujeitos e seus distintos projetos terapêuticos, que, por sua vez, estampam serviços de saúde integrados e com cuidados coordenados.

A gestão do cuidado na rede regionalizada de serviços de saúde, nessa concepção, modela a seguinte imagem-objetivo: que formuladores de políticas, gestores, trabalhadores da saúde e usuários articulem-se em diferentes espaços para resolver os problemas de saúde, utilizando a tecnologia mais adequada, no lugar e no tempo certo para produção do cuidado. A gestão do cuidado, portanto, requer interdependência e cooperação (integração) entre os sujeitos e entre as instituições, que devem defender a saúde enquanto um direito de todos os cidadãos (universalidade), em todas as fases da vida e ao longo do tempo, compartilhando os projetos terapêuticos (coordenação) e tendo o usuário como centro do cuidado.

Desse modo, requer uma gestão democrática, com valorização dos trabalhadores, inserindo-os em processos de aprendizagem permanente (gestão do trabalho) que apoiem práticas individuais e coletivas responsáveis com os itinerários terapêuticos dos usuários e as linhas de produção do cuidado (continuidade), possibilitando a construção de vínculos de confiança (longitudinalidade) e coeficientes de autonomia. Por fim, compreende-se que os profissionais mais adequados para coordenação dos cuidados em rede regionalizada devem estar em equipes na Estratégia Saúde da Família (ESF), como centro de comunicação/articulação entre diferentes pontos da rede, funcionando de portas abertas às necessidades episódicas e regulares (porta de entrada preferencial), às demandas explícitas, bem como as que requerem investigação e vigilância, direcionadas às famílias no seu cotidiano.

Por esse ângulo, as argumentações apontam para uma problemática: a complexidade que compreende a gestão do cuidado e as profundas heterogeneidades dos municípios implicam possibilidades e limites para

que os profissionais de APS sejam os coordenadores do cuidado em redes regionalizadas. Além disso, interroga-se a pertinência e a possibilidade concreta de coordenação das redes de serviços de saúde pela APS em sistemas regionalizados. Desse modo, a resposta não é inequívoca, além de que as características e condições da APS nos municípios são tão diversas que requerem investigações em busca de evidências que afirmem ou sinalizem outros arranjos possíveis e necessários para gestão e produção do cuidado.