Parte IV

Linha de chegada e algumas considerações

Adriano Maia dos Santos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SANTOS, A.M. Linha de chegada e algumas considerações. In: *Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado* [online]. Salvador: EDUFBA, 2018, pp. 269-273. ISBN 978-85-232-2026-6. <https://doi.org/10.7476/9788523220266.0007>.

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/).

PARTE IV

LINHA DE CHEGADA E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Nesse percurso, o maior desafio talvez tenha sido encontrar o caminho teórico-metodológico que permitisse investigar uma rede regionalizada em três níveis de análise – política, organizacional e práticas – para compreensão da gestão do cuidado integral. A literatura disponível combina uma série de abordagens, nem sempre convergentes, sobre os diferentes níveis, além de existir certa arbitrariedade no modo de fazer a separação entre eles, gerando superposições e confusões acerca dos seus limites.

Destacam-se como pontos fortes da pesquisa o desenvolvimento de um estudo de caso que investiga a APS num contexto de região de saúde, destacando a sua posição nas políticas de integração de serviços entre distintos municípios, e a análise da integração de uma rede regionalizada de saúde e os desafios que isso produz. Sobressai, ainda, na investigação, a utilização de diferentes técnicas para captação dos dados e a participação de distintos sujeitos, permitindo perspectivas diversificadas acerca do tema e a triangulação entre os três níveis de análise. Ao lado disso, as observações, particularmente nas reuniões da CIR, possibilitaram o acúmulo de informações estratégicas para compreensão das políticas e apreensão das prioridades, num contexto real da dinâmica de

negociações e posicionamentos de secretários de saúde que representam os 19 municípios da região de saúde.

Ressalta-se, ainda, que os estudos acerca da coordenação do cuidado no Brasil, de maneira geral, abordam a relação entre profissionais das equipes de APS e profissionais de outros serviços de especialidades e hospitalares em cenários locais e municipais. Nesse ínterim, investigar os limites e possibilidades advindas de contextos de redes regionalizadas traz importantes indicativos para formulação ou readequação de políticas de saúde. Ao lado disso, a pesquisa abarcou também municípios de pequeno porte e zonas rurais, evidenciando as peculiaridades para atração e fixação de profissionais nessas localidades, sobretudo médicos. Nesse sentido, explicitou a necessidade de políticas específicas para esses territórios que admitam outros arranjos no número e na composição das EqSF, valorizando e ampliando, quando possível e pertinente, a atuação do enfermeiro, de equipes do Nasf, dos técnicos e dos ACS.

A título de consideração final, busca-se retomar algumas questões apontadas, mas com a clareza do inacabamento que permeia qualquer análise. O estudo mostrou que os desafios para constituição de uma rede regionalizada com cuidados coordenados por equipes de APS requerem a defesa de políticas universais e a organização dos serviços de saúde cada vez mais com caráter público. Nas palavras de Campos (2000, p. 181),

seria necessário pensar outros modos de fazer política social, outras maneiras para organizar a saúde, educação etc. O velho modo já mostrou seus limites: a corrupção, o clientelismo, a ineficiência, as iniquidades multiplicadas, tudo por ser refeito. Repensar o papel, a função e o funcionamento das Organizações Públicas, um desafio.

Ao interrogar-se acerca da conformação da rede de atenção à saúde num contexto regional, as evidências mostram fragilidades e potencialidades. Assim, as estratégias político-institucionais para modelagem de uma rede regional revelam que a definição do território sanitário nos documentos institucionais e a política estadual de planejamento

para alocação dos serviços têm como parâmetro o PDR, ou seja, forjam, oficialmente, uma rede integrada de serviços de saúde de cunho regionalizado. Outrossim, há fluxos estabelecidos entre estado, instâncias regionais e municípios que preveem o planejamento ascendente e o compartilhamento da gestão do cuidado nos territórios. Todavia, tais mecanismos, presentes na estratégia institucional da política estadual, ainda são incipientes no planejamento locorregional e insuficientes nas ações de todos os entes nacionais. Dessa forma, as assimetrias técnico-financeiras entre os entes subnacionais, as disputas político-partidárias por investimentos, a aplicação de recursos atrelados ao voto e, sobretudo, os interesses privados de formuladores de políticas, gestores e trabalhadores da saúde em detrimento ao fortalecimento de um sistema público e universal comprometem a coesão necessária para constituir uma rede solidária de caráter regional.

A CIR apresentou-se como uma ferramenta estratégica e potente para fortalecimento da governança regional, por reunir, numa arena comum, distintos sujeitos responsáveis legais pela tomada de decisão nos territórios sanitários, que precisam negociar a alocação de recursos e distribuição dos estabelecimentos de uso comum na região de saúde, ainda que induzidos por pautas ministeriais e estaduais. Dessa forma, necessita incorporar à rotina de gestão dispositivos mais democráticos que logrem se articular com instituições de ensino/pesquisa e sejam permeáveis as demandas sociais para definição das políticas de saúde. É premente, portanto, que a CIR não se limite a ser um espaço burocrático, ritualístico e estéril, ou seja, necessita torna-se locus criativo, pedagógico e produtor de políticas que reforcem o caráter público e universal do SUS.

Por esse prisma, a rotatividade dos secretários de saúde, a baixa autonomia dos mesmos em relação ao Executivo local, a qualificação técnica insuficiente para exercício da função e o atravessamento das políticas-partidárias na tomada de decisão em detrimento do consenso solidário obstruem a permeabilidade da CIR às demandas sociais. Em contraposição, a publicização da gestão e o envolvimento de representantes da

sociedade civil organizada que defenda o SUS nas plenárias poderiam reduzir o campo do interesse privado nas decisões públicas.

Por outro lado, quando investigamos a posição da ESF no processo de conformação da rede e a possibilidade de coordenação do cuidado na região de saúde por meio de equipes de APS, nos deparamos com complexos problemas organizacionais e na prática das equipes. Por conta da capilaridade da ESF, notadamente, nos menores municípios, a porta de entrada principal é a USF. Contraditoriamente, nesses mesmos municípios, a ausência de médicos em todos os turnos e dias nas unidades de saúde e a simplificação na estrutura e no aporte de equipamentos e insumos nos estabelecimentos sanitários comprometem o cuidado oportuno e regular, bem como a resolubilidade de problemas relacionados ao âmbito da APS. Apesar disso, o percurso mais comum do usuário para acessar os serviços de especialidades e apoio diagnóstico e terapêutico, no SUS, é por meio das unidades de APS, pois os profissionais, sobretudo médicos, são responsáveis pelas referências para outros pontos de atenção na rede regional, por meio de formulários específicos, mediados por centrais reguladoras.

Nos municípios da região de saúde, as EqSF tinham dificuldades na retaguarda assistencial, limitando a continuidade do cuidado e a resolubilidade dos casos que precisavam de suporte especializado, com consequente prolongamento e até agravamento dos problemas. Além disso, os fluxos comunicacionais incipientes entre os diferentes pontos da rede não viabilizavam a coordenação do cuidado por profissionais da APS. Sendo assim, a participação das equipes de atenção primária na regulação do acesso aos serviços especializados era coadjuvante, posto que a priorização era fruto de uma contingência na oferta que, aliada à incipiência de instrumentos para continuidade informacional, não contemplava a coordenação entre níveis.

Por sua vez, nos pequenos municípios, a integração dos serviços era bastante frágil, porquanto, na maior parte das vezes, havia apenas o financiador via PPI, ficando as funções de prestador e regulador nas mãos

dos municípios de referência. As centrais de regulação e marcação de consultas de âmbito regional e local restringiam a oferta aos tetos financeiros pré-acordados por cada município, ou seja, não correspondiam às necessidades dos usuários nos territórios. Além disso, as CMC nos pequenos municípios da região eram frágeis, transferindo ao técnico-marcaador – sem formação específica em saúde – os agendamentos conforme descrição médica nas guias de solicitação e, paralelamente, assumindo importante papel discricionário na priorização de vagas.

Nessa seara, a incipiência ou ausência de instrumentos comunicacionais entre os níveis de atenção, bem como a fragilidade na organização do trabalho dos profissionais na APS, sobretudo de médicos, comprometia o atributo da coordenação e, nesse sentido, favorecia a inadequação de diagnósticos e tratamentos com desdobramentos graves à segurança dos usuários. Com efeito, a ausência de prontuários eletrônicos nas unidades de atenção primária e de especialidades, a falta de conectividade entre os diversos pontos da rede e o uso limitado de protocolos clínicos restringiam o contato entre médicos generalistas e especialistas às referências formais ou contatos informais. Constatou-se, também, que não havia contrarreferência entre os serviços especializados e as unidades de atenção primária, sendo o usuário o principal portador das informações entre os diferentes profissionais.

Toda essa problemática depõe contra a coordenação e expõe uma gestão do cuidado inadequada. Entretanto, não se trata de um jogo perdido. Os casos exemplares ficam diluídos no emaranhado de problemas e tornam os sujeitos e suas práticas que estão comprometidos com a gestão do cuidado invisíveis, porém eles existiam e estavam produzindo linhas de fuga e modelando, nos interstícios da rede, novas tessituras.

Assim, ao dar centralidade aos desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado em redes regionalizadas, busca-se, com este livro, disparar novas reflexões e abrir o debate, por meio das evidências apresentadas, acerca dos modos de produzir saúde nas políticas, nos processos organizativos e nas práticas cotidianas nas regiões de saúde.