

# Produção do Cuidado e Atenção Integral

## CONSTRUINDO A REDE DE ATENÇÃO NO TERRITÓRIO

Rosiane Pinheiro Rodrigues  
José Guilherme Wady Santos

Estamos começando uma nova temática dentro deste Módulo, que possui extrema relevância para quem atua na Atenção Primária em Saúde, por ser a ordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e a fomentadora das linhas de cuidado.

Seu estudo deve ser orientado à discussão das reais necessidades da população com sua equipe e com os gestores, já que as **RAS** têm como foco principal o usuário do Sistema. Esta unidade, além das **RAS**, tem por objetivo refletir sobre as linhas de cuidado (em debate atual na política de saúde) e traçar um panorama geral sobre **Redes Vivas**, com base no conceito proposto por Merhy et al. (2016). Este conceito faz uma inversão no modo de olhar a rede, a partir da transposição do usuário e toda a sua existência, para dentro dos serviços, ao considerar as redes construídas pelos próprios usuários com diferentes conexões que transpõem os muros institucionais.

Não esqueçam! Em caso de dúvidas, solicitem o apoio do (a) tutor(a), e lembre-se: Não estamos sozinhos e vamos, juntos, construir essa grande rede do SUS!

Bons estudos!

### 1. INTRODUÇÃO

O que são redes? O que são redes de atenção à saúde? Como essas redes se organizam no seu município e na sua região de saúde? Qual a importância da organização delas no processo de constituição do SUS, com vistas a garantir a integralidade do cuidado?

Com base nestes questionamentos, iniciamos nossos estudos sobre as Redes de Atenção à Saúde (**RAS**) que dizem respeito aos arranjos organizativos de ações e serviços que buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Ao abordarmos as Redes de Atenção à Saúde (**RAS**) é necessário recorrer à uma breve retrospectiva aos marcos legais traçados para o SUS. Na figura 1 você encontra um recorte histórico incluindo a Constituição Federal de 1988, que já considerava a necessidade das **RAS** estarem integradas regionalmente.

Perceba que ao longo do tempo foi necessária a criação de outros mecanismos que pudessem garantir tal efetivação. Veja, por exemplo, a Norma Operacional Básica (**NOB**) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde (**NOAS**), que muito embora tenham sido formuladas com o objetivo de dar uma maior garantia na implementação da organização das Redes, ainda o fizeram de um modo pouco efetivo.



**Figura 1:** Quadro esquemático sobre os antecedentes do SUS e sua formulação legal.

Saúde Ministério da Saúde									
DA REFORMA SANITÁRIA À BASE LEGAL DO SUS									
8ª Conf. Nac. de Saúde	CF	Lei 8.080 (LOS) Lei 8.142						Lei 12.401 Lei 12.466 (CIT, CIB, CONASS, CONASEMS e COSEMS) <b>DECRETO 7.508</b> Decreto 7.646 (CONITEC)	LC 141 Decreto 7.827 (LC 141, SIOPS)
1986	1988	1990	1991	1993	1996	2001 2002	2006	2011	2012
			NOB	NOB	NOB	NOAS	PACTO PELA SAÚDE	RESOLUÇÕES TRIPARTITE	RESOLUÇÕES TRIPARTITE

➤ **CF/88 (Art. 196) – A saúde é direito de todos e DEVER do ESTADO (...).**

➤ **CF/88 (Art. 198) - As ações e serviços públicos de saúde integram uma REDE REGIONALIZADA e hierarquizada e constituem um SISTEMA ÚNICO (...).**



Fonte: Brasil, 2016.

Foi com o Pacto pela Saúde (2006) que essa discussão ganhou maior amplitude, pois, por meio dele, os gestores assumiram o compromisso público com as pactuações e a regionalização, bem como indicadores de saúde, que eram construídos e revisados anualmente, com base nos princípios constitucionais do **SUS** que implicava exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS através da Portaria GM/MS Nº 399 (BRASIL, 2006).

Nesse processo, também se destacam o Decreto Nº 7.508/2011 e a Portaria das RAS (Nº 4.279/2010), que movimentaram a gestão e os profissionais da Atenção à Saúde dos estados e municípios com vistas à implantação das redes temáticas, como forma de organizar as regiões para esse novo desenho. Era um passo à diante na tentativa de organização das RAS, visando à efetivação dos princípios do SUS. Nesse sentido, o pacto se dá de forma tripartite, pela implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos estados.

Você compreenderá melhor este recorte histórico no decorrer do texto.

## 2. O EFETIVO DEBATE E A TENTATIVA DE MUDANÇA NA OFERTA DO MODELO DE ATENÇÃO A SAÚDE

O início do debate acerca das Redes de Atenção ocorreu a partir do fato de que o modelo atual de saúde que visava atenção às doenças agudas e infecto-contagiosas não ter capacidade de resolução de forma efetiva. Este modelo por sua vez não responde em relação à transição epidemiológica (demonstrada pela tripla carga de doenças crônicas, infecciosas e provocadas por causas externas) e a transição demográfica, provocada pelo envelhecimento do país. Trata-se de um modelo fragmentado e reativo que prioriza mais as condições agudas em detrimento das crônicas, o que assola o Brasil, devido ao envelhecimento atual observado na pirâmide etária.

Nesse sentido, o processo de implantação das RAS solicita novos modelos de



atenção para responder quer às condições agudas quanto às condições crônicas. Isso compreende, além do aumento do financiamento e dos incentivos pagos por procedimentos, uma mudança do repasse de recurso, baseado no cuidado necessário à promoção e manutenção da saúde do usuário, o que desmotivou muitos prestadores do SUS, acostumados a ofertarem o maior quantitativo de procedimentos, sem levar em consideração as linhas de cuidado (MENDES, 2011).

É relevante considerar que o atual modelo de atenção focado na fragmentação episódica de resolver as condições agudas de doenças, acaba por desorganizar a atenção, já que pensa a saúde sem a articulação entre os diversos níveis de atenção. Perceba que não existe uma conexão entre os níveis de atuação da atenção: básica, média e alta complexidade.

Os profissionais também não estão habituados a se articularem para dar continuidade à linha de cuidado de cada usuário. O usuário, por sua vez, peregrina de porta em porta, muitas vezes nos três níveis anteriormente citados. E quando atendido, há o recomeço da assistência até a doença tornar-se crônica ou usuário vir a óbito, pelo grande caminho que percorreu sem receber o devido acesso resolutivo e em tempo hábil da sua necessidade de saúde, como está posto no decreto nº 7.508/2011c.

### Para Saber Mais

A definição das RAS está ancorada nas concepções de redes sociais e de sistemas integrados de atenção à saúde, e esta por sua vez estabelece os elementos constitutivos desses sistemas: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde.

A população, é vista como elemento essencial e a razão de ser das RAS e, por essa razão, discute-se a atenção à saúde baseada nela.

A estrutura operacional precisa estar voltada para Atenção Primária à Saúde (APS), como o centro de comunicação das redes com os pontos de atenção secundária e terciária à saúde. A APS deve ser interconectada com os sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica e de informação em saúde, além dos sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico) e dos sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde.

O terceiro elemento constitutivo das RAS são os modelos de atenção à saúde.

(MENDES, 2011)

Existem relatos de várias experiências estrangeiras, como as do Canadá, da Espanha, dos EUA, entre outras, em que a integração da atenção primária à saúde, associada aos demais níveis de atenção, contribuiu para a diminuição dos índices de

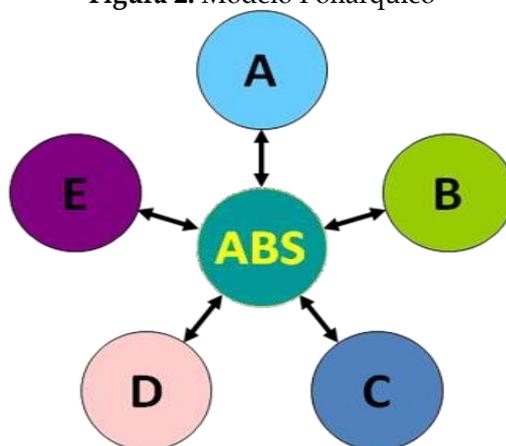


doenças crônicas. Tais experiências embasaram estudos para desenvolver cooperação técnica na implantação das **RAS** no estado de Minas Gerais e em outros estados. Estes estudos trouxeram ainda a compreensão de importantes conceitos como os de concentração e desconcentração de serviços. No caso de serviços da atenção primária, que requerem menor tecnologia e custos, estes deveriam ser desconcentrados enquanto que, no caso daqueles serviços de média e alta complexidade, pelo alto custo e ganho em escala deveriam ser concentrados (MENDES, 2011).

A discussão do conceito de acesso para o debate das redes é de suma importância como fator preponderante junto à continuidade do cuidado. Pensar em oferta de acesso depende das suas dimensões, uma vez que pode fazer referência ao acesso, aos serviços e ações de saúde em tempo oportuno, ou acessibilidade aos pontos de atenção, conforme a localização geográfica, distância e formas de transporte.

Nesse sentido, as **RAS** consideram um modelo poliárquico (Figura 2) centrado na Atenção Básica em Saúde (**ABS**), em que esta deve se comunicar e ordenar todos os demais pontos de atenção, seja, ele da urgência e emergência (A=UPAS, SAMU...); da materno-infantil (B=maternidades, clínicas...); da psicossocial (C=CAPS, CAPS-AD e outros centros de referência); pessoa com deficiência ou doenças crônicas (D=CER II, hospital oncológico...) e outros serviços ambulatorial ou hospitalar (E=hospitais regionais, hospital geral...). Muitos estados comprovam que sendo essas redes mais centradas nos pontos de atenção primária com suas ferramentas leves de promoção à saúde e prevenção às doenças em detrimento dos pontos hospitalares.

Figura 2: Modelo Poliárquico



Fonte: BRASIL (2011).

Esse modelo poliárquico surge a partir dos vazios assistenciais e fragilidades não respondidas na época do Pacto pela Saúde, nas suas três dimensões (pacto pela vida, pacto de gestão e o pacto em defesa do SUS). Esse pacto, por sua vez, trouxe aos municípios e estados, de forma afirmativa, a legitimidade de cada uma dessas esferas para pensar a organização de Regiões de Saúde e os Colegiados de Gestão Regional (CGR). É nesses mecanismos que se inicia, de fato, o exercício de pensar ações e serviços regionais para problemas comuns de municípios de uma mesma região, além de garantir o espaço de governança cooperativa e solidária entre os gestores.



Mas, foi o Decreto nº 7.508/2011 que suscitou o debate sobre a organização do estado para atualização de seu Plano Diretor de Regionalização e Investimento (PDRI), o qual começou a ser alinhado sob o novo conceito de **região de saúde**, definida como:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011c, p.1).

A região de saúde deveria ofertar as ações e serviços pertencentes a cinco redes: Atenção Primária, Urgência e Emergência, Psicossocial, Especializada e Ambulatorial, e Hospitalar.

A partir de 2009, mais precisamente em 2010, iniciou-se um marco relevante para as RAS. O Ministério da Saúde (MS), junto aos estados e municípios, iniciou a construção de planos regionais das redes temáticas, pactuadas pela Comissão Inter Gestora Tripartite (CIT): Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede Psicossocial, Rede da Pessoa com Deficiência e a de Prevenção de Doenças Crônicas (Figura 3). Tais redes estariam contempladas no diagrama proposto por Mendes (2011) e seriam transversalizadas pela Vigilância em Saúde, pela Humanização e pela Educação Permanente. Estimulariam, por assim dizer, a construção da garantia de integralidade, universalidade e equidade da atenção à saúde da população, princípios presentes na dinâmica do SUS.

Figura 3: Quadro esquemático das redes de atenção à saúde.



Fonte: BRASIL (2011).

Este momento de organização adquire maior proeminência no final da década de 1990 e culmina com a publicação da Portaria GM nº 4.279, de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no SUS. Nela, a RAS é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de



diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010). Seu ordenamento fica sob a responsabilidade da APS, responsável pelos fluxos dos usuários. E a figura 3 demonstra as redes temáticas que deram alicerce para o processo de implantação da RAS nos estados e regiões de saúde.

### **Atenção!**

É importante lembrar que a pretensão de construir o modelo de redes de atenção foi devido à transição demográfica e epidemiológica para as doenças crônicas. Entretanto, o atual modelo voltado para os eventos agudos, para um sistema fragmentado e episódico não tem dado respostas às necessidades de saúde da população. Por isso, mudanças de paradigmas são necessárias, com intuito de produzir transformações sanitárias profundas. Assim, as cinco redes temáticas acima citadas (Rede Cegonha, Rede de Saúde Mental, Rede de Atenção às Urgências, Rede de Atenção às Doenças Crônicas, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência) foram priorizadas levando-se em consideração algumas linhas de cuidado para controle das principais condições crônicas.

Necessário ainda discutir como ocorrerá o monitoramento dessas redes de atenção implantadas. Alguns encontros tripartites já ocorreram com esse intuito, mas as avaliações não foram tão satisfatórias quanto aos impactos e mudanças de indicadores pactuados.

Os planos regionais ou estaduais das RAS deixam vazios assistenciais. E nesse sentido, a população constrói suas conexões e suas redes vivas, buscando o acesso com base no afeto e cuidados efetivos.

### **3. REDES VIVAS E O MODO DE PENSAR A VIDA DO USUÁRIO NOS FLUXOS DA EXISTÊNCIA**

Desde a Constituição Federal (CF) de 1988 as redes de atenção já se constituíam numa rede regionalizada e integrada. No entanto, mesmo na atualidade, o Ministério da Saúde (MS), quando formula ações voltadas para as Redes de Atenção, ainda as considera dentro de uma dada racionalidade, como se estas fossem estruturadas de modo rígido o suficiente, a ponto de serem previsíveis e permitirem pensar a sua gestão com base nesse modo de pensar (MERHY et al., 2014). Desconsidera, desse modo, a possibilidade de o usuário criar suas próprias redes e que, muitas vezes, não dialogam com a rede instituída pelo “simples” fato de os profissionais de saúde não conhecerem esse mesmo usuário em sua totalidade de (conexões) vida.

O que se segue são alguns apontamentos (que culminam com o “Caso Ana”), que nos fazem perceber melhor o quanto essa maneira de pensar as RAS pode se mostrar pouco efetiva. Partimos de uma pesquisa (e mesmo de formulações antes



dela<sup>1</sup>) intitulada “Observatório Nacional de Produção do Cuidado em Diferentes Modalidades à Luz do Processo de Implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa”. Desenvolvida nacionalmente a partir de 2013, um de seus objetivos era a implantação de uma rede de avaliação compartilhada implantadas no Sistema Único de Saúde – SUS, pelo MS/Brasil. Seu desafio era, portanto, avaliar qualitativamente a repercussão da implantação desta política governamental (RAS), olhando para a produção cotidiana do cuidado em diferentes serviços de saúde do SUS, em inúmeras cidades e estados brasileiros.

Nesse sentido, um dos conceitos com que o coletivo de pesquisa trabalhou foi o de “Redes Vivas”, partindo de autores como Deleuze; Gatarri (1996), Deleuze (2002), Lanceti (2006), Gomes; Merhy (2014), dentre outros. Com relação a estes últimos (GOMES; MERHY, 2014), por exemplo, apontam que por meio de cartografias dos movimentos nômades de alguns “usuários-guias”, percebe-se a produção de desconhecimento sobre o outro nas redes formais de saúde, pois frequentemente “os profissionais de saúde não conhecem as várias existências que cada uma dessas pessoas tem quando atravessa o muro, passa pela calçada dos serviços e ganha os mundos” (MERHY et al., 2014, p.34).

Para eles, os usuários, como nômades, vão produzindo sua própria existência e protagonizando os acontecimentos no seu processo de cuidado e, por conseguinte, construindo múltiplas conexões na vida. São redes vivas que tornam-se capazes de andar por territórios frequentemente imperceptíveis às equipes de saúde. “Esta forma de circulação dos usuários, tecendo suas próprias redes de sociabilidades e cuidado, comporta movimentos de desterritorialização, que afetam e convidam as equipes a esta mesma experimentação desterritorializante (GOMES; MERHY 2014, p. 28), mas nem sempre tão fácil de ser aceita, dadas as concepções pré-definidas de “repertórios de cuidado”, fundados na racionalidade médica (especialismos e suas respectivas competências).

Assim, uma rede institucionalizada – como a noção de rede primária e secundária de cuidado –, pode ser disparadora, mas ela vai se encontrar e ser atravessada por inúmeras outras redes, de outros tipos, construídas pelos usuários (MERHY, 2013a).

Portanto, vale dizer que, mesmo a rede instituída sendo disparadora de atenção à saúde, o usuário pode estar sob os cuidados de outros serviços ou ofertas de ações que não sejam do campo da saúde, dada às características de seu problema, que segue pedindo outras conexões, particularmente quando o serviço produz barreira, ao invés de produzir o acesso aos cuidados necessários.

Trata-se de um processo vivo, existencial e institucional, que vai ocorrendo e não nos deixam possibilidades de controlá-los. Como se não bastasse, os usuários são redes vivas de si próprios, produzem movimentos o tempo inteiro, elaborando,

<sup>1</sup> Referimos-nos às experiências de dez anos de existência da “Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde”, sediada de 2005 a 2015 na Pós-Graduação em Clínica Médica, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), buscando modos avaliativos qualitativos que trouxeram à luz a prática cotidiana do “Trabalho vivo em ato” (MERPHY, 2006) de serviços de saúde integrantes do SUS, nos mais diversos pontos do Brasil.



construindo e partilhando cuidados. “Quem pede as redes, na maioria das vezes, são os/as usuários/as e a rede não está já dada feito um arcabouço a ser preenchido de forma protocolar, pois vão em acontecimentos sendo tecidas” (MERHY, et al. 2014, p. 35).

Portanto, os trabalhadores da saúde deveriam conhecer esse usuário cidadão, em suas diversas existências por ele produzidas no serviço de saúde e para além dele, que vão cruzando, dialogando, tencionando o instituído. “Olha, se afeta, cheira, brinca, canta, dança, salta, equilibra, chora, ri, namora, reza, trabalha – enfim, produz existências desconhecidas e/ou não incluídas nos projetos terapêuticos institucionais” (MERHY, et al., 2014, p. 36).

Com base nessas ideias incipientes sobre Redes Vivas, convidamos você a ler “O caso de Ana”, e após, pensarmos juntos alguns aspectos que estão na atividade solicitada.

Como pudemos perceber, as redes instituídas são importantes modos de organização dos serviços, pois pretendem produzir acesso aos cuidados necessários aos usuários, quando estes procuram os serviços nelas ofertados. Por outro lado, nem sempre esse objetivo maior é atingido, pois um serviço que foi pensado para produzir acesso pode, invariavelmente, produzir barreiras - “O Caso Ana” mostra muito bem esse aspecto quando ela, em busca de tratamento para a sua condição de adoecimento, atravessou toda a organização formal da rede (já que esta lhe produzia muito mais barreiras) e construiu, ela própria, uma rede que viabilizou muito mais acesso do que a rede instituída. Isso nos faz destacar a importância de conhecermos esses outros modos de vida dos usuários para, dentre outras coisas, conectá-los aos serviços de modo a construirmos uma linha de cuidado nem sempre linear, como se pretende, mas produtora de afetos e cuidados efetivos.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). *Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde*. Brasília, DF, 2011a. 280p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, DF, 2011b. 199p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011: regulamentação da Lei nº 8.080/90. 1. ed; 3. reimpr. Brasília, DF: MS, 2011c. 10p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Planificação da Atenção Primária à saúde nos Estados**. Brasília, DF, 2011c. 439p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **O Estado e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF, 2012. 317p.

