

**REVISTA BRASILEIRA DE POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**BRAZILIAN JOURNAL OF PUBLIC POLICY**

**As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios**

**The Health Care Network in the Unified Health System's 30th anniversary: history, proposals and challenges**

Márcia Araújo Sabino de Freitas

Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**VOLUME 8 • Nº 3 • DEZ • 2018**  
**DOSSIÊ ESPECIAL : POLÍTICAS PÚBLICAS**  
**E O DIREITO À SAÚDE NO BRASIL**

# Sumário

<b>I. DIREITO À SAÚDE E POLÍTICAS.....</b>	<b>13</b>
<b>AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NOS 30 ANOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: HISTÓRIAS, PROPOSTAS E DESAFIOS.....</b>	<b>15</b>
Márcia Araújo Sabino de Freitas e Maria Rizeide Negreiros de Araújo	
<b>DIREITO À SAÚDE PARA O RESIDENTE FRONTEIRIÇO: DESAFIO PARA A INTEGRALIDADE DO SUS .</b>	<b>35</b>
Fabília Helena Linhares Coelho da Silva Pereira, Livia Maria de Sousa e Tarin Cristino Frota Mont Alverne	
<b>MEDIDAS PROVISÓRIAS E POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA ANÁLISE DO PAPEL DO CONGRESSO NACIONAL NAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO GOVERNO DILMA (2011-2016).....</b>	<b>55</b>
Clóvis Alberto Bertolini de Pinho	
<b>OS LIMITES E A EXTENSÃO DA DEFESA DE DIREITOS FUNDAMENTAIS POR MEIO DE INSTRUMENTOS PROCESSUAIS DE COGNIÇÃO ESTREITA: MANDADO DE SEGURANÇA E O CASO DA SAÚDE .....</b>	<b>76</b>
Héctor Valverde Santana e Roberto Freitas Filho	
<b>DESENHANDO MODELOS DE SISTEMAS DE DISPUTAS PARA A ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: PROPOSIÇÕES ACERCA DA POLÍTICA PÚBLICA DE FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS PELO VIÉS DO DIÁLOGO INSTITUCIONAL .....</b>	<b>102</b>
Mônica Teresa Costa Sousa e Maíra Lopes de Castro	
<b>O ACCOUNTABILITY DO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE E A ATUAÇÃO INSTITUCIONAL NO ESTADO DO CEARÁ.....</b>	<b>125</b>
Mariana Dionísio de Andrade, Beatriz de Castro Rosa e Eduardo Régis Girão de Castro Pinto	
<b>PRIVACIDADE RELACIONAL NO AMBULATÓRIO DE ONCOGENÉTICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE .....</b>	<b>146</b>
Leonardo Stoll de Moraes, Patrícia Ashton-Prolla, José Roberto Goldim e Márcia Santana Fernandes	
<b>ANÁLISE DA EFETIVIDADE DA POLÍTICA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SANTOS.....</b>	<b>175</b>
Renato Braz Mehanna Khamis, Lígia Maria Comis Dutra e Thays Costa Nostre Teixeira	
<b>II. DIREITO À SAÚDE E JUDICIALIZAÇÃO .....</b>	<b>193</b>
<b>ATUAÇÃO DA DEFENSORIA PÚBLICA PARA A GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE: A JUDICIALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE ACESSO À SAÚDE .....</b>	<b>195</b>
Ramiro Nóbrega Sant’Ana	

<b>A JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS EM BELO HORIZONTE: UMA QUESTÃO SOBRE EQUIDADE.....</b>	<b>213</b>
Kammilla Éric Guerra de Araújo e Carlota Quintal	
<b>THE COURTS AND THE DELIVERY OF MEDICINES BY UNIFIED HEALTH SYSTEM IN BRAZIL: RECENT DEVELOPMENTS IN A DIFFICULT RELATIONSHIP BETWEEN JUDGES AND POLICY-MAKERS.....</b>	<b>237</b>
Eduardo Rocha Dias e Gina Vidal Marcílio Pompeu	
<b>DIREITO, SAÚDE E SUICÍDIO: IMPACTOS DAS LEIS E DECISÕES JUDICIAIS NA SAÚDE DOS JOVENS LGBT .....</b>	<b>251</b>
Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa e Robson Antão de Medeiros	
<b>A DESPROTEÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR E SUA JUDICIALIZAÇÃO .....</b>	<b>290</b>
Renata Salgado Leme e Luiz Pinto de Paula Filho	
<b>A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE SOB O OLHAR DA ANÁLISE ECONÔMICA DO DIREITO: UM EXAME DOS INCENTIVOS AO AJUIZAMENTO E À SOLUÇÃO EXTRAJUDICIAL DE CONFLITOS .....</b>	<b>308</b>
Victor Aguiar de Carvalho	
<b>III. DIREITO À SAÚDE E AS INSTITUIÇÕES DE REGULAÇÃO.....</b>	<b>327</b>
<b>A REGULAÇÃO DA SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: PERSPECTIVAS E AMEAÇAS .....</b>	<b>329</b>
Carlos Marden Cabral Coutinho e Taís Vasconcelos Cidrão	
<b>OS MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).....</b>	<b>343</b>
Natasha Schmitt Caccia Salinas e Fernanda Martins	
<b>PAPEL INSTITUCIONAL DOS CANAIS DE RECLAMAÇÃO PARA A RESOLUÇÃO EXTRAJUDICIAL DE CONFLITOS SOBRE PLANOS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE COMPARADA .....</b>	<b>370</b>
Rafaela Magalhães Nogueira Carvalho, Antônio José Maristrello Porto e Bruno Araujo Ramalho	
<b>MEDICAMENTOS SEM REGISTROS NA ANVISA: UMA ABORDAGEM INSTITUCIONAL .....</b>	<b>395</b>
Igor De Lazari, Sergio Dias e Carlos Bolonha	
<b>A SUSTENTABILIDADE ECONÔMICO-FINANCEIRA DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE DIANTE DA CONCESSÃO INDISCRIMINADA DE TUTELAS DE URGÊNCIA NO BRASIL.....</b>	<b>410</b>
Álisson José Maia Melo e Nathalia Aparecida Sousa Dantas	
<b>PROHIBITION TO ADD AROMA AND FLAVOR TO SMOKING PRODUCTS: WHAT IS THE LIMIT OF THE REGULATORY POWER OF THE BRAZILIAN HEALTH REGULATORY AGENCY? .....</b>	<b>435</b>
Joedson de Souza Delgado e Ivo Teixeira Gico Júnior	

# As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafios\*

## The Health Care Network in the Unified Health System's 30th anniversary: history, proposals and challenges

Márcia Araújo Sabino de Freitas\*\*

Maria Rizoneide Negreiros de Araújo\*\*\*

### RESUMO

No aniversário de 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), discute-se a Rede de Atenção à Saúde (RAS), formalizada em 2010 pela Portaria n. 4.279 e reeditada pela Portaria de Consolidação n. 3 de 2017, ambas do Ministério da Saúde. Com o objetivo de identificar seus desafios e conquistas como organização da assistência em prol de maior efetividade das ações de saúde e de integração dos serviços, analisou-se um conjunto de pesquisas científicas havidas a partir de 2010, data da primeira portaria, que avaliaram a construção da RAS. Para tanto, após considerações sobre a RAS e as bases estruturais do SUS, realizou-se pesquisa bibliográfica na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando-se descritores em ciências da saúde (DeCS) em ampla busca. Após a aplicação de filtros para melhor direcionamento dos achados, foram obtidas 29 ocorrências para análise, dentre artigos, teses e dissertações. Verificou-se, a respeito do conjunto de pesquisas realizadas, que a integração permanece desafiando a Rede, principalmente em razão de problemas com: i) a falta de informação da população e, sobretudo dos profissionais do SUS sobre o funcionamento do próprio SUS; ii) o sistema de referência e contrarreferência, com importante defasagem na implantação do prontuário eletrônico e da formalização de fluxos entre os pontos da rede; iii) a relação entre os entes federativos, sobretudo quanto à falta de diálogo entre as estruturas e serviços que são mantidas pelos municípios com as providas pelos respectivos Estados; iv) a fragmentação decorrente da coexistência dos setores público e privado, que não conversam entre si, nem mesmo quando o poder público compra serviços na rede privada; v) a interferência da *política partidária* em questões que deveriam ser de *política de Estado*. Contudo, e apesar do agravamento do subfinanciamento do SUS atingir a Rede bem em seu momento de construção, a RAS segue sendo implantada no país e já apresenta resultados positivos, sobretudo com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. E, de fato, a experiência de outros países aponta para avanços no setor saúde após a adoção da organização do setor em rede.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Administração de Serviços de Saúde. Política de Saúde. Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. História da Saúde Pública.

\* Recebido em 01/10/2018  
Aprovado em 09/01/2019

\*\* Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), Mestre em Direito pela Faculdade de Direito de São Paulo da USP; Graduada em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Advogada. E-mail : asf.marcia@gmail.com.

\*\*\* Professora Emérita da UFMG; Doutora em Enfermagem e Especialista em Saúde Pública pela USP; Mestre em Epidemiologia e Graduada em Enfermagem pela UFMG. Foi Diretora da Atenção Básica e Coordenadora do Programa Saúde da Família na Secretaria do Estado de Minas Gerais. Atualmente é membro da Comissão Coordenadora do curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da UFMG (NESCON). E-mail : rizo@nescon.medicina.ufmg.br.

## ABSTRACT

The Brazilian Unified Health System (UHS) is on its 30<sup>th</sup> anniversary. In this context, assessing the path already taken by the Health Care Network is an important demand. It was formalized in 2010 through the Ministry of Health Ordinance n° 4,279, and further reedited in 2017 by the Consolidation Ordinance n° 3. This paper aims to identify the Network's challenges and achievements, as it represents the health assistance organization that tackles the integration and effectiveness problems of the services and actions. Therefore, after an essay about the UHS, bibliographic research made in the Health Sciences Literature of Latin America and the Caribbean Database (LILACS) looked for publications occurred after the promulgation of the Ordinance n° 4,279. 29 items were identified, including articles, thesis and dissertations. Integration stills plague the system, especially because of: i) the lack of information among the population and the health professionals about how UHS works; ii) the system of reference and counter reference, which suffers with lagging in the implementation of both the electronic medical record and in the service flows; iii) the lack of dialogue between the structures and services that are maintained by different federal entities; iv) the fragmentation resulting from the coexistence of public and private sectors that do not talk to each other, not even when the public system buys services from the private network; iii) the interference of party politics in issues that should be of state policy affairs. However, despite the worsening of the system underfunding reaching the Network well at the time of its construction, it continues to be implemented in the country and already has positive results, especially with the strengthening of the Primary Health Care. Indeed, other country's experience reveals benefits in the use of networks to tackle the health sector challenges.

**Keywords:** Unified Health System. Health Services Administration. Health Policy. Delivery of Health Care. Primary Health Care. Public Health History.

## 1. INTRODUÇÃO

Desde tempos remotos até os prenúncios do futuro, a humanidade recorre a redes para prosperar suas atividades. A pesca evoluiu, consideravelmente, quando se passou a utilizar redes em vez de apenas anzóis ou arpões. Pode-se viajar por dias em barcos pelos rios brasileiros com o descanso garantido por uma rede. É também uma rede de segurança que permite ao acrobata arriscar saltos cada vez mais altos. Redes ferroviárias interligam cidades, encurtam distâncias, unem famílias. E as redes de computadores articulam dispositivos potencializando funções, conectam pessoas, amplificam plataformas de discussão e somam iniciativas, de tal maneira que mal podemos antever todas as potencialidades das redes.

Assim, por meio de nós e linhas, sejam eles despreziosos ou sofisticados, as redes criam ligações e formam coletivos. E é dessa maneira, transformando singulares em conjuntos, que as redes desde muito fortalecem ações, organizam caminhos, produzem coerências e conferem segurança para avançar.

Não é de se admirar que o arranjo em rede seja a proposta do nosso Sistema Único de Saúde (SUS), alinhada a de outros sistemas de saúde pelo mundo, para organizar o setor saúde no Brasil, sobretudo ao se vislumbrar um país de dimensões continentais — tanto por sua extensão quanto por sua heterogeneidade —, e tendo como responsabilidade a saúde, esfera das mais complexas das necessidades humanas.

É assim que, no aniversário de trinta anos do SUS, e diante de seus múltiplos desafios e conquistas em suas poucas décadas de existência, este trabalho se propõe à revisão da literatura sobre a implantação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil, para identificar suas fragilidades, êxitos e caminhos, a partir de pesquisas realizadas após a promulgação da portaria do Ministério da Saúde (MS) n. 4.279, que formalizou a RAS.

Para tanto, entendeu-se necessário, primeiramente, contextualizar essa forma de sistematização da assis-

tência à saúde no histórico organizacional do próprio SUS, bem como nos valores que o fundam e objetivos que persegue. O primeiro capítulo a seguir se incumbe dessa tarefa. Posteriormente, parte-se para a pesquisa bibliográfica, descrita no segundo capítulo e realizada na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), o mais amplo índice a focalizar a produção científica brasileira na área da saúde.

Então, com a observação do conjunto de dados obtidos nas pesquisas, mais as reflexões sobre as bases do SUS, se espera oferecer um panorama analítico sobre os desafios e conquistas na implantação da RAS. E, ao avaliar a prática dos nós e articulações da rede, termina-se por elaborar também um quadro do próprio SUS no endereçamento da atenção à saúde em meio aos muitos percalços da conjuntura brasileira ao longo das três décadas de nosso primeiro e corajoso sistema de saúde universal e integral.

## **2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: BASES E DESAFIOS**

### **2.1. A Construção do SUS**

A Constituição Federal de 1988, espelhando toda a carga de cidadania que o momento histórico de redemocratização do país inspirava, estabeleceu o direito à saúde, de forma universal e integral, que seria garantido pelo Estado que ali se conformava. Nesse momento, ganhava vida o SUS, como o sistema que, a partir de então, passaria a reger a área da saúde no Brasil. Vivia-se, na verdade, momento histórico pouco lembrado sob a perspectiva de se tratar de uma enorme mudança estrutural que era realizada no país “de baixo para cima” (e não “de cima para baixo”, como geralmente ocorre em nossa história). Isso porque realizada por um movimento social, com base em um arrojado projeto elaborado pela própria sociedade civil para cuidar do setor saúde, em vez de imposta à população pelas autoridades. Ainda, o SUS inova a gestão pública ao trazer o controle social para as suas bases, com a constante pactuação de metas juntamente à população. Nesse sentido, o SUS, além de refletir importante conquista na área da saúde e de se tratar do maior projeto de inclusão social da história do país, representa, ainda, relevante ganho em política, democracia e participação social.

No entanto, o SUS, apesar de em outubro desse ano comemorar 30 anos de existência, pode ser considerado jovem, ainda em implementação. Isso em parte pela ambição de seu projeto, mas, mais que isso, pela imensa dificuldade de se estabelecer na realidade social uma política pública em território tão extenso, povoado de desigualdades e complicadas questões políticas, sem contar o adequado financiamento desse projeto, que sofre de subfinanciamento crônico ao longo dessas suas três décadas.

Prova da juventude do SUS é que, mesmo a promulgação de normas que podem ser consideradas básicas ao financiamento e estruturação do sistema, é relativamente recente e distanciada do momento inicial de sua fundação pela Constituição de 1988. Em razão do complicado processo político brasileiro, uma norma como a importante lei n. 8.080/90, que trata das ações e serviços de saúde no país, demorou mais de 20 anos para ser regulamentada pelo decreto n. 7.508/11. Outro exemplo marcante foi a muito aguardada lei complementar n. 141, de 2012, que veio com atraso de mais de década regulamentar a emenda constitucional n. 29/00, determinando valores mínimos a serem aplicados anualmente pelos entes federativos em ações e serviços públicos de saúde, e fixando critérios de rateio dos recursos da União destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios. E ainda há diversos marcos legislativos fundamentais que estão à espera de aprovação, a exemplo da regulamentação da lei n. 8.142/90, relativa ao controle social.

Nesse sentido, data de 2010 a portaria do Ministério da Saúde (MS) que disciplinou a RAS. Trata-se de arranjo organizativo de grande importância prática e que, na verdade, já fazia parte da concepção do SUS

desde sua criação, embora sua formulação tenha passado por aperfeiçoamentos ao longo dos anos<sup>1</sup> e carecia de maior especificação operacional. Foi, assim, formalizada para atender a um dos maiores problemas do SUS, que se refere à gestão integrada do sistema. Destaca-se, entretanto, que essa portaria foi revogada pela portaria de consolidação n. 3, de 2017, em meio a um movimento no qual o MS consolidou mais de 20 mil portarias sobre a estrutura do SUS em seis portarias de consolidação. A despeito da revogação expressa, a nova portaria basicamente repetiu o texto de 2010 em seu anexo, apenas unificando e organizando a normatização sobre redes em um único documento jurídico.

Ao se debruçar sobre a gestão de um sistema de saúde, primeiramente, é importante ter em mente que um sistema de saúde, mais do que simplesmente a forma pela qual se organizam recursos e demandas, é também a expressão de uma sociedade em relação ao valor saúde, ou a tradução de princípios em um arranjo estrutural. É assim que o SUS pode ser conceituado como “o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes dessa política”<sup>2</sup>. É, dessa forma, um sistema complexo, responsável pela articulação e coordenação das ações promocionais de saúde e de prevenção de agravos com as de cura e reabilitação. Ou seja, o SUS desenvolve não apenas a assistência à saúde, mas também vigilância sanitária, vacinação, controle de alimentos, entre outras ações. De tal maneira que toda a população brasileira é contemplada pelo SUS e se utiliza de seus serviços, mesmo as pessoas que, na assistência, preferem recorrer a instituições e profissionais particulares.

Assim como a Organização Mundial da Saúde (OMS), para o SUS, saúde não é simplesmente o oposto de doença e sim “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (Constituição da OMS). Essa visão holística do ser humano e de suas necessidades se opõe à concepção tradicional biologista e individual de saúde.

A adoção desse conceito ampliado de saúde pelo SUS reflete tanto a organização da sua assistência à saúde quanto o conteúdo dessa assistência. É assim que seu modelo assistencial enfoca a atenção básica e as ações de prevenção e promoção da saúde.

Um dos destaques nesse arranjo é a Estratégia Saúde da Família (ESF), política de organização da atenção à saúde e de ordenação dos investimentos que busca ultrapassar o modelo hospitalocêntrico típico de uma concepção tradicional de saúde, caminhando para uma maior aproximação dos profissionais de saúde com a população. A ESF foi concebida a partir do Programa Saúde da Família (PSF), criado em meados dos anos 90 e que, inicialmente, enfocava populações de risco (geralmente associado à pobreza ou precariedade de acesso aos serviços de saúde tradicionais). Com o sucesso do PSF, foi incorporado ao sistema como uma de suas bases, estendendo-o para toda a população brasileira sob a acepção de estratégia, daí sua designação atual<sup>3</sup>. Com a ESF, a equipe de saúde, multidisciplinar (já que a proposta é de abordagem holística), periodicamente parte em visita às casas das pessoas, conhecendo seu cotidiano e aprofundando-se em suas vidas. Ao mesmo tempo, após a visita, aqueles profissionais se tornam referência para a população quando procura atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Em relação ao conteúdo dessa atenção, o SUS trabalha, por exemplo, a saúde da criança sob a ótica da saúde coletiva, em que, tradicionalmente, mencionava-se apenas “pediatria”. Da mesma forma, é endereçada a saúde mental, em vez de o enfoque apenas sob o viés da “psiquiatria”, ou a saúde do idoso, que deixa de ser apenas “geriatria”. Isso porque a aproximação holística do ser humano afasta o enfoque reduzido a órgãos ou especialidades médicas, trabalhando a pessoa dentro da sociedade e da família que ela vive, bem como no contexto do próprio sistema de saúde que a assiste.

1 ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 28-38, dez. 2015.

2 VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa Campos et al. (org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531.

3 INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE. *Mapeamento e análise dos modelos de atenção primária à saúde nos países da América do Sul: atenção primária à saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, 2014.

Embasado pelos dizeres constitucionais e pelo conceito ampliado de saúde, o SUS se norteia por princípios tidos como de duas espécies: doutrinários e organizativos. Esses princípios encontram previsão expressa nas normas que o estruturam, especialmente na Constituição e na Lei nº 8.080/90. Os doutrinários se referem à filosofia que permeia a criação e implementação do sistema, enquanto que os organizativos dizem respeito à orientação para o seu funcionamento.

São princípios doutrinários a universalidade (acesso a toda a população), a equidade (igualdade no acesso) e a integralidade da atenção (disponibilidade de todos os níveis de complexidade de atenção, com articulação conjunta e contínua de ações e serviços de recuperação, prevenção e promoção; também diz respeito à visão holística do ser humano, extrapolando a atenção voltada apenas para aspectos puramente biológicos). Já os princípios organizativos abrangem a descentralização (distribuição das responsabilidades — e verbas — sobre as ações e serviços de saúde entre os três entes federativos, de forma articulada e hierarquizada, com ênfase na municipalização e regionalização), a regionalização (adequada distribuição de serviços para a promoção da equidade de acesso, otimização dos recursos e racionalidade de gastos) e hierarquização do sistema (organização do sistema por níveis de atenção em complexidade crescente), e a participação e controle social (garantia de que a população, por meio de entidades representativas, participe do processo de formulação de políticas públicas de saúde e do seu controle e execução).

Em relação à gestão e a formulação de diretrizes, as três esferas de governo têm responsabilidades. A maior parte dos recursos vem da União, que estabelece as diretrizes nacionais. Os municípios têm papel de grande destaque na implementação e execução dos serviços e ações (são eles que aderem ou não a programas nacionais, contratam e remuneram os profissionais e constroem e mantêm as estruturas físicas, por exemplo). Os Estados apoiam a implementação da atenção nos municípios, controlam e monitoram os repasses de recursos federais e são essenciais na integração dos municípios com a União Federal.

Além dos entes federados, em razão do princípio da descentralização, estabeleceram-se espaços institucionais que influenciam a tomada de decisões e a criação e revisão das diretrizes do SUS<sup>4</sup>. É assim que, embora o gestor federal tenha a competência para a formulação das diretrizes gerais, conforme a Lei nº 12.466/11, elas são discutidas, pactuadas e aprovadas na Comissão Intergestores Tripartite, que é composta por gestores das três esferas federativas. Da mesma forma, no âmbito estadual, encontram-se as Comissões Intergestores Bipartites, que contam com representantes das secretarias estaduais e municipais de saúde. Ressalte-se que o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) são, inclusive para os fins de indicar os representantes nas mencionadas Comissões, entidades representativas dos entes estaduais e municipais para tratar de matérias referentes à saúde.

Ainda, atendendo ao princípio da participação e controle social, a Lei n. 8.142/90 criou os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, ambos nos âmbitos federal, estadual e municipal. Os Conselhos têm caráter permanente e deliberativo. Conforme a Resolução n. 22/92 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), 50% dos conselheiros devem representar os usuários, 25%, os trabalhadores da saúde e 25%, os gestores e prestadores de serviço. As Conferências de Saúde, importantes fóruns de participação de vários segmentos sociais, podem ser convocadas, dentre outras hipóteses, pelo Poder Executivo ou pelos próprios Conselhos. Enquanto as Conferências avaliam a situação de saúde e propõem diretrizes, os Conselhos formulam as estratégias para o enfrentamento das questões de saúde e controlam a execução das políticas pelo gestor. As diretrizes formuladas pelos Conselhos, que podem ser, inclusive, de caráter econômico-financeiro, são posteriormente homologadas pelo chefe do poder Executivo do respectivo âmbito federativo.

Importante mencionar também que o SUS convive com: i) o Sistema de Saúde Suplementar, que se refere basicamente aos planos de saúde privados, regulados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar

4 INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE. *Mapeamento e análise dos modelos de atenção primária à saúde nos países da América do Sul: atenção primária à saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, 2014.



(ANS) e às cooperativas médicas; e com ii) o Sistema de Desembolso Direto, que é aquele em que o usuário se recorre à medicina liberal com gasto direto e que é pouquíssimo regulado e bastante estimulado por renúncias fiscais<sup>5</sup>.

Ressalte-se que não se trata de mera coexistência, pois o SUS compra leitos e paga por procedimentos em instituições particulares. Com isso, de um lado, o sistema público também financia a rede privada. De outro, acaba contradizendo suas bases internalizando características típicas de sistemas fragmentados<sup>6</sup>, como o financiamento por procedimentos e o incentivo à centralização da atenção no profissional médico.

## 2.2. Adversidades vivenciados pelo sistema de saúde

Apesar dos inegáveis avanços e benefícios para a população brasileira, o SUS ainda precisa percorrer longo caminho para concretizar-se conforme o projetado. O desafio começa pela concepção que as pessoas formulam sobre o próprio sistema: grande parte da população tem ideia segmentada a respeito do SUS, como se fosse destinado apenas às pessoas de baixa renda, que não têm como pagar por planos de saúde privados<sup>7</sup>, e aos procedimentos de alta complexidade, que não costumam ser disponibilizados pelos planos de saúde particulares. E, no entanto, como as camadas economicamente excluídas não conseguem se posicionar com robustez no jogo político, se o sistema for visto como voltado apenas para elas, jamais terá a força necessária para concretizar-se em sua plenitude<sup>8</sup>.

De outro lado, os procedimentos de alta complexidade, que são muito utilizados pelas camadas de maior poder econômico, são os mais dispendiosos para o SUS, enquanto servem a uma porção menor de usuários. Note-se que uma atenção primária de qualidade diminui a demanda pelos procedimentos de média e alta complexidade. Então, além da questão ética de justiça social, também pelo ponto de vista financeiro, investir prioritariamente na atenção básica é mais eficiente conquanto beneficia-se número muito mais expressivo de usuários e se evita gastos com procedimentos mais caros.

Questões relativas ao financiamento e também à eficiência de gastos do sistema são um dos maiores problemas enfrentado pelo SUS, sendo constantemente apontada a necessidade de maiores investimentos no sistema e, em seguida, de melhor gestão dos seus recursos<sup>9</sup>.

Em relação à necessidade de investir mais no SUS, é comum a comparação com sistemas de outros países que, mesmo sendo mais restritos na prestação de serviços à população, recebem, consideravelmente, mais investimentos públicos do que nosso sistema universal e de atendimento integral. Ou, ainda, a análise do Brasil diante de outros países que também adotam sistema universal, que acaba mostrando deficiências relativas do Brasil em relação aos gastos públicos dispendidos em saúde<sup>10</sup>.

Mais impactante do que observar as diferentes realidades dos países é verificar exemplos nos próprios dados de gastos e repasses do SUS. Conforme levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) com dados de 2010, o custo de recursos humanos total de uma equipe de saúde da família para um município é de, aproximadamente, R\$40.755,25. Os repasses da União (que, como já dito, representam a maior parte dos recursos para a saúde) para uma equipe da modalidade II (a mais comum

5 BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação estruturante do SUS*. Brasília: CONASS, 2007.

6 MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

7 VIANNA, Solon Magalhães (coord.). *Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento*. Projeto Economia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde: Ipea, 2005.

8 BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007.

9 PAIM, Jairnilson *et al.* The brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, v. 377, p. 1778-1797, 21 may 2011. (Series: Health in Brazil). GRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. *Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Único de Saúde*. Washington, DC: World Bank, 2013.

10 BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *O financiamento da saúde*. Brasília: CONASS, 2007.

no país) somam R\$13.756,00 – ou seja, apenas 33,75% do custo total daquela equipe<sup>11</sup>. Outro exemplo é o Piso de Atenção Básica Fixo – PAB Fixo (valor fixo recebido mensalmente pelos municípios com base na população municipal definida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE), que, segundo a portaria do MS n. 1.409/13 c/c a Portaria n. 3.947/17, é de apenas R\$23,00 a R\$28,00 por habitante ao ano. Os recursos de saúde repassados aos municípios são compostos por itens que podem agregar montantes ao valor do PAB Fixo, mas, mesmo sem discriminá-los, já é bastante claro que R\$23,00 ao ano por habitante, ainda que com acréscimos, não são suficientes para cobrir os custos que os municípios têm com a atenção primária à saúde de sua população.

Vê-se, apenas com esses exemplos, o quão apertado é o orçamento da saúde para os municípios e como o dinheiro público, em todas as searas, deveria ser mais bem investido e gerido. Isso tanto para que houvesse mais recursos disponíveis para áreas prioritárias, como a saúde, como para que os recursos destinados à saúde não fossem desperdiçados simplesmente por má gestão.

Ainda sobre o subfinanciamento do SUS, é importante notar que o Sistema de Desembolso Direto é o mais relevante do ponto de vista de gastos em saúde no Brasil. Apesar desse fato, ele é exatamente o menos regulado, mais incentivado por isenções fiscais e o menos considerado na análise de políticas públicas do país<sup>12</sup>. Outra contradição constantemente apontada pelos estudiosos do sistema é que o Estado paga a seus funcionários públicos planos de saúde privados, investindo grandes montas no Sistema de Saúde Suplementar<sup>13</sup>, em vez de direcionar esses investimentos ao sistema público para que seja melhor para todos.

É também necessário melhorar a qualidade dos gastos em saúde. Há vários exemplos de gastos que poderiam ser mais bem manejados. A maior parte dos leitos contratados pelo SUS se encontra em hospitais particulares de poucos leitos, o que gera patente deseconomia de escala e escopo<sup>14</sup>. Ao mesmo tempo, grande parte de equipamentos de alto custo está instalada em municípios que não têm tamanho e demanda para suportá-los<sup>15</sup>. Outro exemplo são os ajustes desiguais na tabela de pagamento de procedimentos, que acabam favorecendo os procedimentos de alta complexidade, em detrimento dos demais, aumentando os gastos do SUS com a atenção de alta complexidade<sup>16</sup>. Aliás, o sistema de remuneração por procedimentos, por si só, acaba induzindo a ocorrência de procedimentos mais caros. Hospitais podem, por exemplo, realizar internações desnecessárias para serem mais bem pagos pelos procedimentos adotados. Além disso, conforme já notado, se a atenção primária falhar, usuários que originalmente não requeriam tratamentos caros e complexos acabam indo parar na atenção de média e alta complexidade, em razão da piora ou não tratamento de sintomas, ou mesmo pela simples falha ou inexistência da rede de atenção básica. Todos esses fatores geram gastos ineficientes para um sistema que já tem que lidar com recursos escassos.

Dessa maneira, um círculo vicioso acaba por ser criado, retornando ao problema inicial sobre a percepção que a população tem do sistema: a gestão de recursos do SUS parece reafirmar a visão segmentada do sistema e favorecer aquela menor parte da população, economicamente incluída, que se utiliza dele para os procedimentos de alta complexidade.

Há, ainda, outra forma de segmentação que impacta diretamente na organização e efetividade do sistema, que é a promovida por diferenças político-partidárias. Infelizmente, não raro essas forças interferem na governabilidade do sistema, impedindo um pensamento comum voltado para as necessidades do SUS e da

11 VIEIRA, Roberta da Silva; SERVO, Luciana Mendes Santos. *Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica*. Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB). Nota técnica nº 16. Brasília: Ipea, 2013.

12 BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação estruturante do SUS*. Brasília: CONASS, 2007.

13 BAHIA, Ligia. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

14 BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação estruturante do SUS*. Brasília: CONASS, 2007.

15 GRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. *Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Único de Saúde*. Washington, DC: World Bank, 2013.

16 BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação estruturante do SUS*. Brasília: CONASS, 2007.

saúde da população por priorizar benefícios a políticos ligados a um partido e malefícios a opositores. Os municípios são particularmente muito sensíveis a essas forças, pois dependem fortemente das transferências de recursos federais em razão de sua arrecadação tributária não ser bastante diante de seus gastos. Além disso, as gestões municipais sofrem com a proximidade de oligarquias políticas locais. Para que a cogestão e a corresponsabilidade entre os entes federativos em prol da integralidade da atenção realmente funcionem, é necessário superar diferenças partidárias e assumir o objetivo comum da melhora das condições de saúde da população.

Os desafios do SUS passam também por questões complexas relacionadas à educação em saúde, tanto por parte da população quanto de profissionais; à precarização dos recursos humanos do sistema<sup>17</sup> e à melhor distribuição dos profissionais de saúde pelo território do país.

### **2.3. Rede de Atenção à Saúde: uma resposta aos impasses enfrentados pelo SUS que também reafirma suas bases**

Foi no contexto de enfrentamento dos desafios resumidos no item anterior que ocorreu a estruturação da RAS, principalmente como resposta aos problemas de financiamento e integração do SUS.

Uma vez que “os sistemas de saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população [...], ao se discutir uma proposta de organização do [...] SUS, deve-se começar por analisar que necessidades de saúde se expressam na população brasileira”<sup>18</sup>. Conforme elucida a própria Portaria n. 4.279/10, o atual perfil epidemiológico brasileiro é caracterizado por uma complexa tripla carga de doença, que abarca três realidades muito diferentes:

i) a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e de desnutrição, bem como de problemas reprodutivos com mortes de mães e de óbitos infantis por causas tidas como evitáveis, tudo segundo características típicas de países subdesenvolvidos;

ii) o desafio das doenças crônicas, acentuado pelo processo de transição demográfica brasileiro com o envelhecimento e maior longevidade da população, junto com o aumento de fatores de risco como a obesidade e o sedentarismo; e

iii) o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito.

Para enfrentar os problemas de integração e financiamento e ainda adequar a atenção ao perfil epidemiológico que se apresenta na população, a proposta é organizar a RAS tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede — de forma coerente, aliás, com as bases do SUS. A portaria alude a experiências anteriores de organização de redes com foco e coordenação da APS como mecanismo de superar a fragmentação sistêmica e que foram também bastante eficazes na alocação de recursos e capazes de enfrentar o perfil epidemiológico e socioeconômico encontrado no país. Assim, a APS ganhou papel central na portaria n. 4.279/10, sendo a grande articuladora de toda a atenção à saúde no SUS, além de ser a porta de entrada dos usuários ao sistema. Entretanto, no arranjo em rede, todos os pontos de atenção são considerados igualmente importantes, diferenciando-se apenas em relação às suas finalidades e densidades tecnológicas que os caracterizam.

A regionalização ordena a descentralização e são os municípios que prestam os serviços em APS dentro do território. Como já dito, eles têm grande autonomia e papel central na criação, contratação de profissionais e execução das estruturas de atenção primária do sistema, estando organizados conforme regiões de

17 BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

18 MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. p. 2298.

perfil similar. Cada região pode receber tratamento (e financiamento) distinto dentro do sistema, a depender da quantidade e do perfil de sua população e de suas necessidades territoriais específicas. As regiões devem ter polos onde os serviços de maior complexidade se concentram conforme a demanda, de forma que o indivíduo não necessite se deslocar corriqueiramente para as capitais dos Estados, que muitas vezes são distantes de onde reside e já sofrem com demanda excessiva por seus serviços. Tudo isso de forma a simplificar e agilizar o acesso, aumentar a resolutividade das demandas e gerar economia de escala e escopo.

Para atender à integralidade da atenção e melhorar a integração com o Sistema Complementar, os entes federativos também têm à disposição a contratualização para complementar a rede. Mais do que a simples contratação fragmentada de serviços da rede privada ou de entidades da administração pública, a contratualização envolve um esforço em rede, de corresponsabilização e de monitoramento do cumprimento de metas e objetivos previamente pactuados. Segundo a portaria, a RAS deve ter integração vertical e horizontal similar a de uma cadeia produtiva que segue os preceitos advindos da teoria econômica. Dessa forma, equilibra-se a concepção de um projeto de saúde universal e integral próprio de Estados de Bem-Estar Social com a realidade de recursos escassos de um país em desenvolvimento.

Efetivamente, diversos estudos reportam que redes de atenção baseadas na APS que foram implantadas em outros países conseguiram reduzir a necessidade da atenção hospitalar e a ocupação de leitos hospitalares, gerando economia de recursos ao sistema e desafogando as esperas nas internações. Ao mesmo tempo, a implantação das redes aumentou a satisfação da população com a assistência prestada e a percepção de seu próprio estado de saúde. Em análises de custo-efetividade, há também relatos de aumento na qualidade de anos de sobrevivência. Por fim, reporta-se melhora na relação entre os usuários e os profissionais de saúde, com maior satisfação desses profissionais e ganhos na obtenção de informações sobre as condições clínicas dos pacientes que auxiliam no tratamento, principalmente de condições crônicas<sup>19</sup>.

Contudo, a RAS, principalmente durante o período da sua construção, é cara e exige grande investimento para ser implantada, ainda que em longo prazo possa significar redução de custos. Sem o necessário empenho e significativo investimento, a rede pode se perder em nós mal atados e ligações inexistentes.

Em relação à gestão dos recursos, a portaria destacou a importância de economias de escala e escopo, que ganharam status de fundamentos da RAS. Na integração, forte ênfase foi dada à resolutividade das demandas (inclusive com fixação de metas e de instrumentos de avaliação dos resultados), no compartilhamento de informações entre as unidades e instituições de saúde (que devem receber o aparato tecnológico necessário para tanto), na articulação e fusão das mesmas, sempre visando, novamente, gerar economia de escala e escopo. Ainda, concebeu-se a organização em rede de forma a compreender a integração do próprio usuário no processo, mediante o incentivo da sua autonomia e da tomada de decisões compartilhadas no seio do projeto terapêutico.

A proposta parece muito adequada para endereçar as peculiaridades da demanda por saúde no Brasil e também para enfrentar grandes problemas do SUS. A portaria chegou a inovar, muito positivamente, no quadro normativo brasileiro ao ressaltar duas das grandes demandas da bioética: o respeito aos valores e decisões do usuário como forma de integrá-lo ao tratamento e à rede em si; e os cuidados paliativos, que ganham estímulo, bem como a avaliação da qualidade de vida conforme viés do próprio usuário. No entanto, estudos realizados no Brasil, antes mesmo da publicação da Portaria, já apontavam como grandes dificuldades para a consolidação das RAS no país:

- 1) hegemonia de uma cultura organizacional e de técnicos voltada para sistemas fragmentados; 2) equipes técnicas insuficientemente capacitadas e lideranças não motivadas para promover mudanças; 3) inexistência ou insuficiência de sistemas logísticos de suporte às redes; e 4) políticas de investimento e marco jurídico-legal inadequados para o propósito de consolidação de redes<sup>20</sup>.

19 MARSTELLER, Jill A. *et al.* Physician satisfaction with chronic care processes: a cluster-randomized trial of guided care. *Annals of Family Medicine*, v. 8, n. 4, p. 308-315, aug. 2010. VERAS, Renato Peixoto *et al.* Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 2, abr. 2014.

20 SILVA, Silvio Fernandes da. Desafios para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS no contexto da imple-

Passa-se à análise do enfrentamento de cada um desses tópicos.

Em relação ao quarto tópico, a Portaria n. 4.279/10 veio adequar o marco jurídico. A norma, entretanto, guarda algumas omissões de conteúdo: perdeu-se a chance de definir com maior precisão a regionalização, por exemplo. Também não está claro o quanto a portaria foi discutida com a população, de forma a atender ao princípio da participação social. Ainda, tecnicamente, a norma tem estrutura e características formais que a distanciam de um bom texto legal (vide a Lei Complementar n. 95/98, que dispõe sobre a redação e elaboração de textos legais), o que pode afetar sua compreensão e eficácia enquanto texto normativo. Mas, mesmo com essas falhas e omissões, a simples existência de regulação e formalização da RAS já é um grande passo em direção à resolução do problema enumerado no último dos tópicos acima.

Ainda sobre esse tópico, a Lei Complementar n. 141/12 está dando mostras de não ter conseguido de fato realizar grande mudança na política de investimento em saúde, obrigando que determinados percentuais fossem aplicados exclusivamente no setor. Gestores às vezes justificam gastos diversos como se em saúde fossem, já que realmente diversas estruturas e ações podem implicar benefícios indiretos na saúde da população. Falta informação e a fiscalização da destinação dos percentuais também é insuficiente. Dessa forma, mesmo após a promulgação da tão esperada lei, persiste a necessidade de investir mais em saúde no país e de cuidar para que esse investimento seja de qualidade.

Já a fragmentação do sistema persiste não apenas na cultura dos gestores e técnicos da área como enumerado acima: é um espelho da mentalidade da própria população. Em relação à capacitação e às boas lideranças, também é histórica a pouca importância dada à educação no país. O baixo investimento em educação afeta, de um lado, a população, que, além de não ser bem informada quanto à prevenção de doenças e promoção da saúde, sequer tem informações mínimas sobre como se comportar diante do sistema de saúde. Em razão disso, dentre outras questões problemáticas, usuários acabam atravessando toda a rede, iniciando o acesso ao sistema pelos superlotados serviços de pronto-atendimento e emergência dos hospitais. É assim que resultados de 2012 do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) mostraram que, por exemplo, enquanto 93% das equipes de APS reservam vagas para atendimento no mesmo dia, grande contingente dos usuários entrevistados relatou que não buscou as UBS simplesmente por não saber que a equipe atendia demandas de urgência<sup>21</sup>, ou seja, por falta de informação sobre como caminhar pelo sistema de saúde. De outro lado, muitos dos próprios técnicos e gestores que atuam no sistema não o compreendem bem, além de que, não raro, sequer têm conhecimento sobre gestão e finanças públicas. Ainda, para diversas áreas prioritárias, há carência de infraestrutura e de sistemas logísticos bem integrados no país, de modo que a saúde não agoniza sozinha no espectro da administração pública. Assim, se houve alguma mudança quanto ao quarto tópico mencionado acima, em relação aos demais, os problemas persistem.

E é patente que o marco teórico-jurídico não realiza mudanças práticas por si só. Para a efetivação da RAS, é necessário grande suporte financeiro e, também, de mudança na mentalidade da população, gestores e profissionais de saúde. Tal mudança fundamentalmente requer longo trabalho de capacitação profissional e investimento em educação, tanto dos profissionais quanto da população em geral.

E então, após tudo o que foi exposto, no aniversário de 30 anos do SUS, como está se desenvolvendo a implementação da RAS e das diretrizes constantes da portaria n. 4.279/10? Por enquanto, quais desafios permanecem e quais foram as conquistas desse modelo de organização do sistema? São essas perguntas que guiam a revisão bibliográfica deste trabalho, descrita no capítulo a seguir.

---

mentação do Pacto pela Saúde. In: SILVA, Silvio Fernandes da (org.). *Redes de atenção à saúde no SUS: o Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. Campinas: IDISA: CONASEMS, 2008. p. 125.

21 INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE. *Mapeamento e análise dos modelos de atenção primária à saúde nos países da América do Sul: atenção primária à saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, 2014.

### 3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: APONTAMENTOS DA LITERATURA APÓS A PORTARIA N. 4.279/10

Revisões de literatura periódicas são necessárias para se verificar o conhecimento adquirido em determinado tempo/lugar, bem como para identificar, em plano maior, falhas e ganhos de uma política pública, analisando um conjunto de pesquisas e estudos cujos dados foram colhidos e examinados por pesquisadores diferentes e em contextos diversos. Os resultados da observação desse conjunto, além de apontar tendências gerais, podem auxiliar a traçar rumos futuros, com o embasamento da produção científica gerada por especialistas de vozes e trajetórias variadas.

Dessa forma, a fim de verificar a literatura havida nesses anos de implantação da RAS, realizou-se revisão bibliográfica, em setembro de 2018, na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Conforme o próprio nome esclarece, trata-se de base de dados especializada na literatura latino-americana e caribenha na área da saúde, sendo o índice mais compreensivo em seu domínio — contendo, por exemplo, a base Scientific Electronic Library Online (SciELO) e diversas outras.

Após o teste de algumas chaves de busca, determinou-se que a pesquisa ocorreria sob a diligência a seguir, que conseguiu excluir as muitas ocorrências impertinentes ao fazer constar o número da portaria que trouxe a RAS ao mundo jurídico, focalizando, corretamente, o tema pretendido:

“rede de atencao a saude” OR “redes de atencao a saude” AND 4279 OR 4.279

Inicialmente, a busca retornou 123 resultados. Foram, então, aplicados filtros por disponibilidade do texto completo, publicações referentes ao Brasil e ocorridas a partir do ano de 2010 (data da Portaria n. 4.279) até o presente momento. Restaram 37 ocorrências nessa segunda etapa, constituídas por diversos tipos de textos.

Entretanto, constatou-se que um mesmo artigo ocorreu duas vezes, uma tese de doutorado não apresentava inteiro teor disponível, uma ocorrência era um texto normativo, outra, uma diretriz do MS e uma última, um manual do MS sobre o técnico em hemoterapia — portanto, impertinentes aos critérios e objetivo deste estudo. Assim, resultaram para análise e leitura do inteiro teor 29 ocorrências, dentre artigos de periódicos (25), teses de doutorado (duas) e dissertações de mestrado (duas). A pesquisa advinda de uma das teses localizadas foi veiculada em um artigo que também sucedeu na busca, mas ambos foram analisados.

Destaca-se que vários trabalhos não versavam diretamente sobre a RAS, mas, como diversos assuntos concernentes ao SUS e à sua organização são relacionados à RAS ou tangenciam seus temas de interesse de forma compreensiva, bem como que não havia, dentre os resultados finais, nenhum trabalho totalmente fora da temática, optou-se por não excluir da leitura nenhuma ocorrência em razão de seu assunto.

Dentre os achados, há alguns ensaios (redações teóricas sobre um assunto) e muitos relatos de pesquisas empíricas, qualitativas ou quantitativas, com dados primários ou secundários. Essas pesquisas foram realizadas nas mais diversas localidades do país, cobrindo todas as regiões do Brasil. Os autores também advêm de variadas universidades e centros de pesquisa, embora ocorra certa frequência de publicações ligadas a instituições com grande tradição em estudos de saúde coletiva, como é o caso da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) — que, por sua vez, tem unidades técnico-científicas espalhadas por vários Estados da Federação. De qualquer forma, restou claro que o conjunto de trabalhos obtido por meio do levantamento representa uma interessante pluralidade de discursos e métodos de pesquisa. Ainda que todos os textos relevam, em maior ou menor grau, ao objeto de estudo, trazendo contribuições e dados que interessam a uma análise da estruturação e concepção da RAS no país.

Passando-se à análise dos resultados obtidos, a maioria dos trabalhos destaca, seguindo o texto da Portaria n. 4.279, que o SUS tem o desafio de lidar com a complexa tripla carga de doenças brasileira e que a RAS

veio em socorro a esse fim, para trazer maior integração aos serviços e ações de saúde do sistema.

Contudo, em que pese esse objetivo e, infelizmente conforme o esperado, *todos* os escritos que tratam da RAS concluíram que esta padece de sérios problemas exatamente de integração. Ou seja, indicam que a rede está com ligações frouxas e ainda tem muitos “nós” a fixar.

Além disso, as publicações mostraram que, mesmo os próprios trabalhadores e gestores do sistema não compreendem aspectos demasiado importantes atinentes a conceitos de saúde coletiva, ao funcionamento do SUS e da rede, e à adequada compreensão das atividades e profissões da área da saúde.

É assim que, por exemplo, o trabalho de Araújo et al.<sup>22</sup>, sobre a organização dos serviços farmacêuticos nas regiões de saúde, revela que há má compreensão, na prática, da concepção de dispensação de medicamentos, sendo essa atividade muitas vezes tratada como mera entrega de medicamentos. Essa confusão de conceitos acaba empobrecendo e prejudicando a atenção à saúde da população, com farmacêuticos atuando mais de forma burocrática do que no processo de produção de saúde:

A efetiva estruturação da Assistência Farmacêutica nas RAS é fundamental, não só para ampliar e qualificar o acesso da população aos medicamentos, mas também para qualificar o cuidado em saúde ofertado diretamente aos usuários do sistema. Nesse sentido, há que se superar uma visão restritiva das atividades de assistência farmacêutica, que habitualmente valoriza quase que exclusivamente seu componente logístico em detrimento da clínica farmacêutica.<sup>23</sup>

Outro exemplo é trazido no estudo de Andrade et al.<sup>24</sup>, no qual foram colhidas entrevistas com profissionais do Programa de Atenção Domiciliar (PAD), que é ligado às Unidades de Pronto Atendimento (UPA), como uma espécie de internação domiciliar que promove a “desupalização”<sup>25</sup> (desinstitucionalização) — ou seja, com finalidade específica e diversa das visitas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Verificou-se o desconhecimento, não só perante a população, mas também dentre os demais profissionais de saúde, sobre os objetivos e a inserção da atenção domiciliar na rede. Os depoentes acreditam que o problema, que afeta demasiado a integração da rede e a prestação da melhor atenção à saúde para a população, seja primordialmente uma questão de simples falta de informação, de desconhecimento por parte das pessoas sobre o trabalho da atenção domiciliar:

A inserção do PAD [...] não é uma coisa muito bem conhecida. Sabe-se que existe o PAD, mas não se sabe como o PAD trabalha e a quem ele está destinado, a qual tipo de paciente [...]. E a rede de um modo geral não conhece como precisa ser conhecido, até para usufruir melhor da gente (E3).

Então, a inserção do PAD ainda é um pouco complicada, o papel do PAD ainda é muito pouco definido em relação ao PSF. Mas não pela definição propriamente dita, mas pela concepção que as pessoas têm em relação ao PAD, elas ainda não entendem muito bem o que é o PAD e sua função (E5).

A inserção do PAD na rede ela ainda não está adequada. Eu acho que muito é por falta de informação mesmo. Então, assim, o posto de saúde não entende como é o trabalho do PAD, nas UPAs, nos hospitais, eles também não entendem o que é o trabalho do PAD. Então, acaba que o PAD não está totalmente inserido, mas mais por falta de conhecimento. Porque o PAD é como todos os outros, ele tem um lugar muito específico dele, que se as pessoas soubessem utilizar ia ser excelente para a população (E6).<sup>26</sup> (trechos dos depoimentos de três profissionais do PAD entrevistados pelos autores).

Como consequência, as publicações mostraram, ainda, que os operadores da rede (gestores e trabalhado-

22 ARAÚJO, Suetônio Queiroz *et al.* Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1181-1191, 2017.

23 ARAÚJO, Suetônio Queiroz *et al.* Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1181-1191, 2017. p. 1187.

24 ANDRADE, Angélica Mônica *et al.* Organização das Redes de Atenção à Saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 111-117, 2013.

25 ANDRADE, Angélica Mônica *et al.* Organização das Redes de Atenção à Saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 111-117, 2013.

26 ANDRADE, Angélica Mônica *et al.* Organização das Redes de Atenção à Saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 111-117, 2013. p. 115.

res) não dimensionam o próprio trabalho dentro da rede — não estão, em verdade, acostumados a pensar em rede, nas consequências de suas atividades e nas responsabilidades de seu trabalho dentro da rede. Nesse sentido, há trabalhos apontando a necessária capacitação dos profissionais para entender a rede em si e criticando a formação profissional.

Por exemplo, o artigo de Shimizu<sup>27</sup>, que objetivou analisar as percepções de gestores sobre os desafios da RAS, realizando entrevistas com os mesmos, indica que a formação médica, em geral, é voltada para o mercado liberal, e não para o trabalho em rede.

Nessa mesma linha, os resultados da pesquisa de Santos et al.<sup>28</sup>, que também foram aplicados questionários de entrevistas a gestores, indicaram que os profissionais da atenção especializada não trabalham pensando em rede, “não reconhece as suas atribuições e responsabilidades na rede, especialmente quanto à integração, comunicação e resolubilidade, fluxos e instrumentos de contrarreferência à Atenção Primária à Saúde”. Ou seja, se olvidam do contexto do seu trabalho, apenas realizam suas próprias tarefas, muitas vezes deixando de lado obrigações como a de informar aos profissionais da atenção primária quais foram as condutas tomadas em um caso que lhes foi referenciado por ela. Assim, quando (se) o cidadão retorna ao serviço que fez o encaminhamento para a especialidade, o serviço de base não sabe o que ocorreu após a referência, pois não houve contrarreferência e nem comunicação entre os pontos da rede.

De maneira semelhante, o trabalho de Lorena et al.<sup>29</sup>, que realizou levantamento nacional acerca de onde estão alocados profissionalmente os egressos da graduação em saúde coletiva no Brasil, mostrou a relevância desse curso de graduação para capacitar o pessoal que atua na gestão do SUS. De fato, além das peculiaridades da administração dos serviços da área da saúde, cada sistema tem seus valores fundantes e trabalhar ou administrar esferas do SUS exige a compreensão desses princípios, bem como a sua conversão em ações.

E a falta de informação sobre o que é o SUS e como se estrutura sua base é tão evidente que até mesmo ensaio obtido por essa revisão bibliográfica considera que a atuação do sistema público seria em complementação ao sistema privado, diante de falhas de mercado que possam haver neste:

Falhas de mercado no sistema de saúde brasileiro: A atuação do governo no setor de saúde torna-se necessária para direcionamento, correção ou complementação das atividades do setor privado, face à existência das falhas de mercado.<sup>30</sup>

De qualquer forma, é certo que, embora seja uma questão importante, não se trata apenas de defasagem na capacitação e formação profissional. As informações entre os nós da rede podem não ser prestadas por uma série de outros fatores, que vão ao encontro aos principais desafios da RAS, conforme todas as publicações que trataram, especificamente, do tema: a sua integração e o subfinanciamento do sistema.

Quanto à integração, são extremamente relevantes as críticas constantes nos estudos analisados sobre: i) a relação entre os entes federativos, sobretudo quanto à falta de diálogo entre as estruturas e serviços que são mantidas pelos municípios com as providas pelos respectivos Estados; ii) a fragmentação decorrente da coexistência dos setores público e privado, que não conversam entre si, nem mesmo quando o poder público compra serviços na rede privada; iii) a interferência da *política partidária* em questões que deveriam ser de *política de Estado*.

Ilustra bem o primeiro item a investigação de Konder e O'Dwyer<sup>31</sup>, na qual foram realizadas entrevistas

27 SHIMIZU, Helena Eri. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013.

28 SANTOS, Cleuzieli Moraes et al. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. e00052816, 2017.

29 LORENA, Allan Gomes de et al. Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 369-380, 2016.

30 PINHEIRO FILHO, Francisco Percival; SARTI, Flávia Mori. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2981-2990, 2012. p. 2983.

31 KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 879-892, 2016.



com gestores centrais e locais para verificar a integração das UPA com a rede assistencial municipal. As autoras verificam problemas de fragmentação da rede entre as diferentes esferas administrativas, uma vez que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) pertence à administração estadual, enquanto a Unidade Básica de Saúde (UBS) é municipal e há UPA municipais e estaduais, não havendo governança unificada. Isso faz com que, primeiramente, a correta retaguarda que deveria haver das UPA com a atenção primária ocorre primordialmente apenas entre as estruturas pertencentes ao mesmo ente federativo, e de maneira informal e desregulada entre os órgãos de entes diversos. Fragmentação semelhante ocorre também com o SAMU ao interagir com esses serviços:

“é uma coisa extraoficialmente [...]. Não [há fluxo formalizado entre UPA e Atenção Básica]. Quando eles estão lá no sufoco eles ligam. Eles têm mesmo um fluxo com a UPA do município, com as unidades do município, não com as do estado [...]”. (coordenador UPA).

As UPAs também devem fornecer retaguarda para pacientes atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). No entanto, no município do Rio de Janeiro, [...] o SAMU funciona dentro da esfera administrativa estadual, não desenvolvendo relação com a rede municipal.<sup>32</sup>

Além de não prestarem a devida retaguarda umas às outras conforme a disposição da RAS, essas estruturas ainda trabalham com sistemas de informática diferentes e exclusivos, e acabam tendo regulação diversa:

Pacientes nas UPAs que necessitem de hospitalização são regulados por meio de diferentes canais. Nas UPAs geridas pelo estado, vagas de enfermagem eram solicitadas pelo sistema online de regulação (SISREG), sistema que regula as vagas da Central Municipal de Regulação (CMR) de leitos; e vagas de UTI eram solicitadas diretamente à Central Estadual de Regulação, por meio de núcleo interno exclusivo para as UPAs do Estado, denominado CEMUPA. As UPAs municipais relacionavam-se apenas com a CMR, por meio do SISREG.<sup>33</sup>

À complexidade de se trabalhar em conjunto com diversos entes federativos, se acrescenta o fato de que cada administração tem governos geridos por partidos políticos diversos, que muitas vezes têm interesses diferentes e ainda competem entre si por popularidade perante a população e pelo uso de recursos. Ainda, a rotatividade entre os governos de partidos políticos diferentes gera instabilidade aos serviços, não raro ocorrendo casos em que, ao término de uma administração, haja a desestruturação de um serviço para atrapalhar a gestão do outro partido político que vai assumi-lo. A verdade é que a saúde deveria ser entendida como política de Estado, não como política partidária, e diferentes governos deveriam apostar igualmente e investir na estratégia do SUS — inclusive em razão de ser amparado constitucionalmente como um projeto do país, não de um partido ou ideário.

É assim que, ao analisar a rede de atenção ao portador de hipertensão, que é uma doença crônica, que demanda ações contínuas, o estudo de Santos et al.<sup>34</sup> é categórico no sentido de que “torna-se iminente a necessidade de ultrapassar a governança meramente política”.

Além disso, a desestruturação de um serviço na troca da sua gestão política acaba criando instabilidade também para o trabalhador da saúde, fomentando a rotatividade de profissionais no serviço, que é extremamente danosa para a criação de vínculos destes com a comunidade e para a continuidade de ações de capacitação profissional na rede. Esse cenário não incentiva ao investimento pessoal de um profissional naquele serviço, que acaba vislumbrando seu trabalho como precário e temporário, conforme destaca a dissertação de mestrado de Ferreira<sup>35</sup>:

32 KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 879-892, 2016. p. 884.

33 KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 879-892, 2016. p. 883.

34 SANTOS, Cleuzieli Moraes et al. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. e00052816, 2017. p. 10.

35 FERREIRA, Natália Madureira. *O desafio da mudança: analisando a intervenção realizada na residência de medicina de família e comunidade da UFU. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de*

A rotatividade dentro do sistema único de saúde, em todas as categorias profissionais, mas especialmente entre os médicos é muito grande. Esse dado se agiganta ainda mais quando falamos em municípios que não realizam concurso público para contratação de profissionais, mantendo [...] contratação temporária de seus profissionais [...]. Este vínculo empregatício frágil deixa os profissionais susceptíveis a mudanças de gestão, perseguições ou influências políticas. Além disso, permite que o profissional assuma um cargo com uma programação de temporalidade curta, já prevendo uma mudança de emprego [...]. Sem a estabilidade de uma carreira [...] a sua dedicação e empenho no desenvolvimento de suas funções fica comprometido frente à fragilidade temporal de sua permanência.

Para piorar, o setor público e o privado se relacionam, profundamente, com o público financiando as atividades do segundo — inclusive via renúncias fiscais —, sem que haja, contudo, uma eficaz comunicação e regulação entre eles. A fragmentação ocorre até mesmo quando o SUS compra serviços e paga por leitos na rede privada, inclusive pela própria lógica do sistema de remuneração por procedimentos, como destaca o trabalho de Shimizu<sup>36</sup>:

[...] a oferta de serviços privados, sobretudo de média e alta complexidade, que se distribuem de forma bastante desigual no país, com o agravante de que não se conseguiu estabelecer mecanismos de cogestão entre o sistema público e esses serviços contratados, mantendo-se a modalidade de compra de serviços, o que acarreta baixa ou nenhuma integração às redes regionais.

Também é comum, quando há estruturas de alta complexidade geridas por organizações sociais (OS), que fiquem à margem da rede, segundo também destaca o artigo acima. Com isso, pode haver maiores dificuldades na contrarreferência — por exemplo, na “devolução” do usuário para seguimento na atenção primária e não no próprio hospital administrado pela OS — e na troca de informações contínuas e recíprocas entre os serviços puramente públicos e os geridos pelas OS.

Não é de se olvidar também que o maior problema do SUS, como um todo, se relaciona à seu subfinanciamento histórico — e cada vez mais precário diante da atual conjuntura político-econômica. Ressalte-se que o aumento da precariedade do financiamento ocorre logo no momento da própria construção da rede, que é de estruturação recente e demanda maiores investimentos exatamente nesses seus primeiros anos. Também impacta a implantação da tecnologia básica para viabilizar os prontuários eletrônicos, essenciais para a comunicação entre os pontos da rede e para a adequada referência e contrarreferência. Do mesmo modo, a não inclusão digital de todos os serviços de saúde pelo país atrapalham até mesmo soluções cujo mote era ser exatamente de baixo custo para a integração da rede, como é o caso do Telessaúde<sup>37</sup>.

Além disso, se não há o devido crédito e investimento na APS, que é a coordenadora da rede, todo o sistema se desintegra e seus componentes acabam funcionando de maneira indevida, cobrindo “buracos” na rede e gerando gastos desnecessários. Ou seja, o financiamento precário acaba gerando maiores gastos, principalmente em análise de longo prazo, mas mesmo no curto prazo.

É assim que o trabalho de Konder e O’Dwyer<sup>38</sup> verificou que, na visão dos próprios gestores, as UPA, no município do Rio de Janeiro, têm funcionado mais como se fossem serviços da atenção básica do que como serviço de emergência para a população. Isso ocorreu porque o município permanece com atenção básica incipiente e teve adesão tardia à ESF. Dessa forma, a população, como era de se esperar, procura o serviço que está disponível para atender às suas necessidades — mesmo que esse serviço seja mais dispendioso para as finanças públicas e tenha grau de complexidade muito maior do que o necessário para atender à grande maioria daquelas demandas.

Campinas, Campinas, 2017. p. 74-75.

36 SHIMIZU, Helena Eri. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013. p. 1108-1109.

37 SILVA, Karolina de Cássia Lima da. *Análise do Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado de Pernambuco no período de 2007 a 2011*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

38 KONDER, Mariana Teixeira; O’DWYER, Gisele. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 879-892. 2016.

Isso sem falar no longo prazo, quando, conforme já dito, o investimento em APS configura um dos grandes fundamentos para a defesa da RAS e do próprio SUS: o financeiro. Afinal, o investimento na promoção, na prevenção e a assistência primária evita os custos elevados da alta complexidade e da atenção continuada às doenças crônicas evitáveis — e que ainda são custos sociais, pois repercutem não apenas nos gastos do próprio sistema de saúde, mas também nos custos com o trabalho, nos gastos das empresas, da previdência e seguridade social, e também nas despesas e esforços colaterais das próprias famílias (como familiares que deixam o trabalho para cuidar de um parente doente).

É assim que, segundo um dos artigos referência no tema de RAS no Brasil, que constou dentre os resultados da revisão bibliográfica e é de autoria de Eugênio Vilaça — um dos responsáveis pela redação da portaria n. 4.279/10 do MS —, a defesa da RAS se dá por aliar adequação, eficiência, equidade e qualidade:

Há evidências de que os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a atenção primária à saúde, contrastados com os sistemas de baixa orientação para a atenção primária à saúde, são mais adequados por que se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar conseqüentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes por que apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos por que discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de maior qualidade por que colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e ofertam tecnologias mais seguras para os usuários e profissionais de saúde.<sup>39</sup>

Apesar de todas as dificuldades da implantação da RAS em pleno momento de agravamento do subfinanciamento do SUS, com várias questões de integração da rede e de desigualdade entre as regiões e populações ainda por resolver, a literatura obtida na revisão bibliográfica também mostra que há resultados muito positivos na expansão da APS promovida pela RAS e na própria regionalização dos serviços de saúde<sup>40</sup>.

É assim que a taxa de mortalidade por doenças infecciosas intestinais em crianças menores de cinco anos de idade apresentou diminuição de 10,5% ao ano no Estado de São Paulo. Em 13 das 17 redes regionais de atenção à saúde, ocorreu diminuição significativa da taxa de mortalidade, com decréscimo anual variável entre 16,6 e 8,3% ao ano<sup>41</sup>; enquanto a APS e a ESF apresentaram bons resultados na Região de Saúde de Campo Grande/MS, segundo dados de pesquisa sobre a atenção à hipertensão arterial<sup>42</sup>.

Em relação às informações, estudos relatam que “existem informações cadastrais básicas de boa cobertura, completitude e consistência para estabelecimentos com internação registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES”<sup>43</sup>, bem como regiões de saúde com bom cadastro das famílias e indivíduos na APS<sup>44</sup>.

Consta, ainda, que houve redução da desigualdade em saúde ao longo do tempo, o que representa enorme ganho social e democrático para o país.

Partindo das referências internacionais, que apontam experiências de boa repercussão das redes<sup>45</sup>, seja na

39 MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. p. 2301.

40 SANTOS, Cleuzieli Moraes *et al.* Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. e00052816, 2017.

41 MARTINS, Renata Soares; EDUARDO, Maria Bernadete de Paula; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. Tendência temporal da mortalidade por doenças infecciosas intestinais em crianças menores de cinco anos de idade, no estado de São Paulo, 2000-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 25, n. 3, p. 541-552, jul./set. 2016.

42 SANTOS, Cleuzieli Moraes *et al.* Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. e00052816, 2017.

43 MACHADO, Juliana Pires; MARTINS, Mônica; LEITE, Iuri da Costa. Qualidade das bases de dados hospitalares no Brasil: alguns elementos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 567-581, jul./set. 2016. p. 579.

44 SANTOS, Cleuzieli Moraes *et al.* Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. e00052816, 2017.

45 MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

produção de saúde, seja na satisfação dos usuários da rede, a RAS tem perspectivas de obter resultados cada vez melhores ao longo do tempo. Aliás, os problemas de integração não assolam só o Brasil e conseguiram ser reduzidos em outros países, sobretudo fortalecendo a APS.

Dessa forma, de um lado, as pesquisas obtidas nessa revisão bibliográfica revelam que persistem problemas de gestão e que a RAS não foi ainda implantada em sua completude, a despeito do esgotamento do prazo inicialmente estabelecido pelo MS para tanto. Por outro, também revelam que, mesmo com o subfinanciamento da rede, já há resultados muito positivos e perspectivas futuras ainda mais prósperas se o país continuar investindo na saúde coletiva e na construção da RAS. Ou seja, há mesmo fortes indícios de que vale a pena investir no SUS e na RAS como estratégia para sua organização, dando protagonismo à APS na coordenação da rede.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A RAS é interessante proposta para organizar a assistência à saúde no SUS e, mesmo que ainda não tenha sido totalmente estruturada na prática, já tem mostrado bons resultados no sentido de organizar os fluxos de informação e de prestigiar a APS. E, como se sabe, investir em atenção básica é salvar vidas e melhorar condições de saúde gastando relativamente pouco. Além disso, a estrutura em rede reafirma os valores fundantes do SUS, realçando o processo de produção de saúde multiprofissional e centrado nas demandas da própria população, sendo também condizente com a história da construção do sistema.

No entanto, a RAS não consegue — e nem foi proposta com o objetivo de resolver todos os problemas que afligem o SUS — endereçar grandes questões de base que constroem o sistema. É o caso da percepção segmentada que a população tem do próprio SUS e também de visão semelhante desenvolvida no seio dos próprios governos, que nunca demonstraram acreditar e investir verdadeiramente no SUS como o projeto que melhor endereça o setor saúde no país. Como consequência, tanto a população como os dirigentes valorizam pouco o SUS, adotam ações e práticas de gestão não condizentes ou prejudiciais ao sistema como um todo e não lhe destinam recursos suficientes. Se questões como estas, atinentes a conhecimento em saúde coletiva e a informações sobre o funcionamento e finalidades do sistema, não forem seriamente enfrentadas, há sério risco de grandes conquistas se perderem, das defasagens no sistema se aprofundarem e de nem a RAS e nem qualquer outra proposta organizativa conseguir se firmar.

Assim como a rede de proteção possibilita ao acrobata movimentos mais complexos, a RAS, com pontos de atenção bem atados e linhas de cuidado devidamente traçadas, pode impulsionar o SUS a dar saltos mais altos em direção ao seu constante objetivo de melhora da saúde das pessoas. Contudo, para isso, é necessário que o acrobata acredite tanto na rede de proteção quanto nas suas possibilidades de saltos. É imprescindível que os participantes do espetáculo estejam presentes, atentos, e o aproveitem com responsabilidade e carinho, como algo precioso e que pertence a todos — uma verdadeira conquista.

Em seus trinta anos, o jovem e desacreditado SUS, além de já ter salvado inúmeras vidas e comprovado sua competência em melhorar as condições de saúde da população, nos ensinou que a sociedade civil pode propor, com êxito, a proteção de novos direitos e também grandes mudanças na administração pública, “de baixo para cima”. Também nos mostrou que, mesmo diante de constantes adversidades econômicas e políticas, foi possível estabelecer o maior programa de inclusão social da nossa história. A RAS, e outras formas de ordenação desse complexo sistema nos apontam também para aprendizados obtidos ao longo desses anos de SUS e de como podemos aperfeiçoar suas práticas a partir de suas próprias bases.

Mas é preciso valorizar esses avanços, entender e acreditar no sistema para que sejam projetadas novas conquistas e pensadas soluções para os problemas que persistem. Sem informação, não há engajamento e, sem este, não pode ser construída uma verdadeira saúde coletiva. A rede é formada exatamente pela interação entre pontos e linhas, que, no fundo, são pessoas e ideias em constante diálogo.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 28-38, dez. 2015.
- ANDRADE, Angélica Mônica *et al.* Organização das Redes de Atenção à Saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 111-117, 2013.
- ARAÚJO, Suetônio Queiroz *et al.* Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1181-1191, 2017.
- BAHIA, Lígia. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação estruturante do SUS*. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *O financiamento da Saúde*. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- FERREIRA, Natália Madureira. *O desafio da mudança: analisando a intervenção realizada na residência de medicina de família e comunidade da UFU*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.
- GRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. *Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Único de Saúde*. Washington, DC: World Bank, 2013.
- INSTITUTO SUL-AMERICANO DE GOVERNO EM SAÚDE. *Mapeamento e análise dos modelos de atenção primária à saúde nos países da América do Sul: atenção primária à saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Sul-Americano de Governo em Saúde, 2014.
- MACHADO, Juliana Pires; MARTINS, Mônica; LEITE, Iuri da Costa. Qualidade das bases de dados hospitalares no Brasil: alguns elementos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 567-581, jul./set. 2016.
- MARSTELLER, Jill A. *et al.* Physician satisfaction with chronic care processes: a cluster-randomized trial of guided care. *Annals of Family Medicine*, v. 8, n. 4, p. 308-315, aug. 2010.
- MARTINS, Renata Soares; EDUARDO, Maria Bernadete de Paula; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. Tendência temporal da mortalidade por doenças infecciosas intestinais em crianças menores de cinco anos de idade, no estado de São Paulo, 2000-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v. 25, n. 3, p. 541-552, jul./set. 2016.
- PAIM, Jairnilson *et al.* The brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, v. 377, p. 1778-1797, 21 may 2011. (Series: Health in Brazil).

- KONDER, Mariana Teixeira; O'DWYER, Gisele. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 879-892, 2016.
- LORENA, Allan Gomes de *et al.* Graduação em saúde coletiva no Brasil: onde estão atuando os egressos dessa formação? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 369-380, 2016.
- MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.
- PINHEIRO FILHO, Francisco Percival; SARTI, Flávia Mori. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2981-2990, 2012.
- SANTOS, Cleuzieli Moraes *et al.* Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. e00052816, 2017.
- SHIMIZU, Helena Eri. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013.
- SILVA, Karolina de Cássia Lima da. *Análise do Programa Telessaúde Brasil Redes no Estado de Pernambuco no período de 2007 a 2011*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.
- SILVA, Silvio Fernandes da. Desafios para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS no contexto da implementação do Pacto pela Saúde. In: SILVA, Silvio Fernandes da (org.). *Redes de atenção à saúde no SUS: o Pacto pela Saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. Campinas: IDISA: CONASEMS, 2008.
- VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa Campos *et al.* (org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- VERAS, Renato Peixoto *et al.* Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 2, abr. 2014.
- VIANNA, Solon Magalhães (coord.). *Atenção de alta complexidade no SUS: desigualdades no acesso e no financiamento*. Projeto Economia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde: Ipea, 2005.
- VIEIRA, Roberta da Silva; SERVO, Luciana Mendes Santos. *Estimativas de custos dos recursos humanos em atenção básica: Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB)*. Nota técnica nº 16. Brasília: Ipea, 2013.

Para publicar na revista Brasileira de Políticas Públicas, acesse o endereço eletrônico [www.rbpp.uniceub.br](http://www.rbpp.uniceub.br)  
Observe as normas de publicação, para facilitar e agilizar o trabalho de edição.