

Eixo II - Conhecimento, inovação e serviços de saúde: os serviços de atenção à saúde no Complexo Industrial da Saúde – perspectivas e limitações para a política de inovação

Poliarquia ou hierarquia nas redes de atenção à saúde? Inovação gerencial

Marluce Maria Araújo Assis

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ASSIS, MMA. Poliarquia ou hierarquia nas redes de atenção à saúde? Inovação gerencial. In: CUNHA, FJAP., LÁZARO, CP., and PEREIRA, HBB. orgs. *Conhecimento, inovação e comunicação em serviços de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014, pp. 133-152. ISBN: 978-85-7541-556-6. Available from: doi: [10.7476/9788575415566](https://doi.org/10.7476/9788575415566). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/6hks3/epub/cunha-9788575415566.epub>.



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

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

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

POLIARQUIA OU HIERARQUIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE?

Inovação gerencial

Marluce Maria Araújo Assis

INTRODUÇÃO

A temática “rede de atenção à saúde” se reveste de importância pela perspectiva de diálogo construtivo com as diferentes áreas de conhecimento desse campo, como forma de responder aos complexos desafios da produção da saúde e, ainda, potencializar a dinâmica organizativa do modelo de atenção e gestão, com implicações que abrangem relações interfederativas, interinstitucionais, intersetoriais, e entre sujeitos sociais que operam cotidianamente a gestão e a atenção à saúde.

As redes têm sido propostas para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos. Essas se organizam por meio da articulação de agentes públicos e privados, centrais, regionais e locais, e por uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã. (FLEURY; OUVÉNEY, 2007) As redes significam integração de estruturas, processos e sujeitos. Sem integração não há rede.

Para Mendes (2011), pode-se definir Redes de Atenção à Saúde (RAS) 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.

A rede de saúde proposta no Sistema Único de Saúde (SUS) busca articular sistemas, serviços e práticas, compondo os espaços territoriais e suas respectivas populações com suas necessidades e demandas; os pontos de conexão devidamente caracterizados pelas funções e objetivos, envolvem serviços de saúde e setores da sociedade;

o fluxo do atendimento que define a entrada e saída do usuário no sistema; e o sistema de governança operado pelos dirigentes do SUS.

O SUS é gestado como um modelo democrático, embasado na formulação de uma utopia igualitária, com garantia da saúde como direito individual, visando construir um poder compartilhado entre as esferas federal, estadual e municipal, direcionando-se na contramão das tendências predominantes de valorização do pragmatismo e do individualismo enquanto valores universais das sociedades capitalistas.

A preocupação com a organização da rede de atenção à saúde articula-se com a discussão de um sistema único e universal. Pensar em uma rede hierarquizada, regionalizada e organizada por níveis de complexidade são fundamentos que se conectam ao princípio da integralidade e à diretriz da descentralização, visando a integração com formação de redes assistenciais como fundamentos para a organização do sistema de saúde. No entanto, o ideário preconizado e regulamentado nas leis que regem o SUS não tem se legitimado na prática social.

Nos últimos anos, no Brasil, muitas discussões têm ocorrido acerca da rede de atenção à saúde, tendo sempre como “imagem objetivo” maior cobertura dos serviços e resolubilidade na cadeia organizativa do sistema como um todo. Assim, os serviços e práticas de saúde se organizam, redirecionando enfoques e pautando-se em paradigmas voltados para a compreensão da saúde enquanto direito de cidadania. Uma rede integrada requer, portanto, a remodelagem dos processos de gestão e de atenção à saúde, submetendo-as a crítica no sentido de possibilitar um trabalho integrador e criativo.

Ao reconhecer a complexidade dessa discussão, cabe ressaltar quatro dimensões articuladas e multifacetadas:

1. a relacionada aos territórios sociais que, com seus componentes subjetivos, possibilita a identificação de problemas e desafios econômicos, sociais e culturais para proporcionar equidade aos usuários do SUS em seus diferentes níveis de complexidade do

sistema, pois envolve o processo saúde-doença, crenças e valores dos grupos sociais que vivem nas áreas onde os serviços e práticas são ofertados;

2. a relacionada ao modelo de saúde é um dos nós na construção da rede de saúde pelas dificuldades de superação de práticas centradas em procedimentos, fragmentadas e individualizadas. Um modelo integral requer uma análise crítica das práticas de saúde: de que forma elas estão estruturadas, para quais finalidades se prestam, qual a dimensão do alcance das suas ações, para quem estão voltadas, e qual a concepção saúde-doença dos agentes do processo de trabalho ao lidar com o objeto de sua intervenção no campo da saúde? Assim, a incorporação de uma prática integral tem sido um dos desafios na construção de um modelo de saúde, universal e equitativo, pois teria que aglutinar os dispositivos institucionais de acesso, vínculo, responsabilização e resolubilidade, entre outros, tornando-se complexo e polissêmico;
3. a gestão em saúde nos moldes democráticos exigidos pelo SUS prescinde de novos conceitos relacionados a reformas organizacionais para ampliar a democracia institucional, nos moldes sugeridos por Campos (2000, 2010), com a adoção de sistema de gestão e de apoio institucional. Nesse sentido, as reformas supõem formas de poder compartilhado entre dirigentes e equipe e entre equipe e usuários, combinando graus de autonomia dos trabalhadores com a definição clara de responsabilidade sanitária. É necessário também trabalhar com as ferramentas do planejamento e da avaliação de modo participativo e com apoio institucional;
4. a dimensão da organização do sistema de saúde busca torná-lo resolutivo e pleno de tecnologias adequadas à “porta de entrada”, através da Atenção Básica à Saúde (ABS), para que os encaminhamentos para os demais níveis sejam coerentes com cada demanda/necessidade dos usuários. Nessa direção, este nível deve ser

capaz de resolver 80% das demandas em saúde, desde que sejam reconduzidas as relações de trabalho e a incorporação de dispositivos como o vínculo e o acolhimento no fazer cotidiano dos trabalhadores da saúde. A discussão do fluxo do atendimento é essencial, situando a média e alta complexidade na organização da oferta, orientada pela demanda populacional.

TERRITÓRIOS SOCIAIS E SUBJETIVOS NA COMPOSIÇÃO DAS REDES DE SAÚDE

As RAS são definidas em diferentes territórios sociais, espaços pulsantes e imprescindíveis quando se pretendem cooperação e solidariedade entre os sujeitos e instituições da região para o atendimento das demandas e necessidades em saúde de uma dada população. Essa condição favorece uma definição mais clara da responsabilidade que cabe a cada serviço situado no território, e também melhor articulação intersetorial para intervenção em determinantes de saúde através de integração com outras políticas públicas. (SILVA, 2011) Além disso, as RAS podem se constituir em potências para o estabelecimento de vínculo e corresponsabilização entre dirigentes, equipe, usuários, famílias e grupos sociais para melhoria das condições de vida, na promoção da saúde e nos processos de prevenção e adoecimentos.

No território social, deve-se enfatizar a importância primordial da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários para os demais pontos de atenção. Nesse sentido, Starfield (2004) define quatro atributos para garantir as suas potencialidades:

1. A atenção ao primeiro contato implica a acessibilidade e o uso do serviço a cada novo problema apresentado pelos usuários e famílias;

2. A longitudinalidade, o que pressupõe uma fonte regular de atenção e o seu uso ao longo do tempo;
3. A integralidade, em que as unidades básicas façam arranjos que permitam que o usuário receba todos os tipos de serviços, mesmo quando estes não podem ser oferecidos de forma eficiente dentro delas, o que inclui encaminhar para os serviços secundários ou terciários ou de suporte fundamentais, e outros serviços comunitários;
4. A coordenação (integração) da atenção, o que requer continuidade da atenção e reconhecimento de problemas.

Esses atributos são retraduzidos por Campos (2007) e Assis e colaboradores (2007), ao sinalizarem que o sistema de saúde deve ser dotado de condições, para se aproximar mais das pessoas, tornando-se mais humano, solidário e, principalmente, mais resolutivo. Nesse sentido, Assis; Assis e Cerqueira (2008) discutem que a APS representa uma possibilidade de assegurar à população o direito à saúde desde que se constitua em prática integral na “porta de entrada” do sistema de saúde.

A APS, definida a partir da Declaração de Alma-Ata, foi considerada portadora de cuidados fundamentais que deveriam ser garantidos a todos dentro de uma lógica de prevenção, reabilitação e de articulação com os demais níveis de atenção, representando “porta de entrada” capaz de garantir o acesso e a utilização dos serviços demandados, o que aproximaria instituições de saúde e comunidade. Essa declaração representou:

[...] um marco, em termos de ‘imagem-objetivo’ para o reordenamento dos sistemas de saúde no mundo, capazes de contemplar as necessidades mais complexas que fazem parte do contexto social, político e econômico das populações, introduzindo a participação comunitária como estratégia essencial desse modelo. (ASSIS et al., 2007, p. 2)

A perspectiva de focalização na família, entendida como sujeito social principal e reconhecida como unidade social para execução das práticas de saúde, veio mais tarde a influenciar a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, como orientador da APS no Brasil (ASSIS et al., 2008), adquirindo o objetivo de reorganizar a prática assistencial em substituição ao modelo hegemônico, reafirmando os princípios básicos do SUS de universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade.

A Saúde da Família, inicialmente pensada enquanto programa, avançou como proposta estratégica na reorganização da APS, ou re-interpretada pela experiência brasileira como ABS, negando as versões de que representaria apenas um programa caracterizado por uma medicina simplificada e familiar. Para Assis e colaboradores (2007), o PSF se apoiou originalmente no referencial de vigilância à saúde, organizando suas ações em torno do saber epidemiológico e na territorialização. No entanto:

[...] ainda que esse modelo tenha contribuído para o reordenamento dos saberes e fazeres no cotidiano da APS, ele tem sido insuficiente para mudá-lo, considerando que são necessárias alternativas que aprofundem o papel do sujeito político e da reforma, além do resgate da clínica, compondo uma atenção que articule a epidemiologia, o planejamento em saúde, a clínica e a gestão dos serviços, envolvendo saberes e práticas interdisciplinares, democráticas e horizontais. (ASSIS et al., 2007, p. 6)

Diante disso, os territórios sociais de intervenção devem ter como finalidade última a produção do cuidado individual e/ou coletivo, operado por saberes tecnológicos que valorizem o campo relacional e da intersubjetividade, operando, deste modo, o encontro com o mundo das necessidades dos usuários. (MERHY, 2006)

Apenas dessa maneira as práticas de saúde podem se conectar em seus diferentes saberes, cujos sujeitos produtores podem convergir em algum ponto da rede (equipes, entre equipes, interinstitucional,

intersetorial, entre outros), produzindo um nó (único elemento constitutivo da rede). Talvez discutir a ideia de que não existe um lugar privilegiado para se fazer e pensar saúde; são múltiplas as entradas e conexões que compõem os atos produtivos da saúde. Não faz sentido, portanto, falar de um só profissional, mas de equipe, de instituições e de setores da sociedade que se conectam com a realidade social, travestidas de problemas e desafios de ordem econômica, social e cultural. Para tanto, não se pode perder de vista a busca incessante da equidade, na dinâmica cotidiana de se fazer a atenção à saúde na rede de serviços em seus diferentes níveis de complexidade do sistema, pois adentra no campo da subjetividade em sua dinâmica relacional, envolvendo a compreensão do processo saúde-doença, cultura, crenças e valores de sujeitos e grupos sociais que vivem em diferentes territórios nas áreas onde os serviços se organizam para ofertar a atenção nos âmbitos local e regional.

Assim, o cuidado é entendido enquanto uma ação que busca resolver as necessidades dos usuários com ferramentas que vão além da execução de conhecimentos técnicos, cientificamente fundamentados, mas que também se apropriam do campo subjetivo, marcados pela capacidade de ouvir o que o outro tem a dizer, de se aproximar de seu mundo, de enxergá-lo em sua totalidade. Deste modo:

[...] quando o cientista e/ou profissional da saúde não pode prescindir da ausculta do que o outro [...] deseja como modo de vida e como, para atingir esse fim, pode lançar mão do que está disponível (saberes técnicos inclusive, mas não só, pois há também os saberes populares, as convicções e valores pessoais, a religião, etc.), então de fato já não há mais objetos apenas, mas sujeitos e seus objetos. Aí a ação assistencial reveste-se efetivamente do caráter de cuidado. (AYRES, 2004, p. 86)

Para Ayres (2004, 2009), é preciso ouvir mais, ver mais, tocar mais, alcançando um sucesso prático que caminha em conformidade com os projetos de felicidade dos indivíduos. É preciso voltar-se

para a presença do outro, para além da dimensão corporal visualizada pelas ciências biomédicas, otimizando a interação, dentro de uma concepção relacional e dialógica que flui como redes de conversação.

Almeja-se, em última instância, alcançar a saúde, a qual extrapola o horizonte normativo estabelecido pela biomedicina, de caráter tecnocientífico, em que se relacionaria apenas à normalidade morfofuncional. A saúde se expressa como um valor de caráter contrafático e intersubjetivo que nunca será completo, pois depende da busca incessante e contínua das ideias de bem-viver enquanto se está vivo, ou seja, a busca da saúde se orienta por uma espécie de horizonte normativo, o qual pode ser denominado de “projeto de felicidade” que estará sempre inacabado, em construção. (AYRES, 2004, 2009)

A rede de saúde precisa se apropriar de um dos seus mais importantes sentidos: promover uma intervenção centrada no usuário que seja capaz de permitir a autonomia dos indivíduos no seu modo de “andar a vida”, sem perder de vista a dimensão cuidadora que deve estar presente em qualquer ato produzido em saúde. Pois é através do diálogo e da negociação, marcados pela intersubjetividade entre gestor e trabalhador, e entre trabalhador e usuário, que é possível encontrar caminhos que conduzam à resolução das necessidades colocadas nos diversos momentos que são produzidos os encontros, nos processos de promoção à saúde, de prevenção e adoecimentos.

MODELO DE GESTÃO E ATENÇÃO EM SAÚDE: COMO RESSIGNIFICAR AS PRÁTICAS NA REDE SUS?

O modelo de gestão e atenção em saúde tem recebido inúmeras críticas por ter se mostrado incapaz de responder aos problemas e necessidades dos usuários do sistema.

A forma como têm sido geridos os sistemas e serviços de saúde obedece a certa racionalidade gerencial, ordenada por normas que

valorizam a produção quantitativa dos serviços, sem critérios de avaliação qualitativa, não possibilitando, muitas vezes, a vinculação do trabalhador com o sistema.

Campos (2000) propõe uma reconstrução crítica do modelo em vários planos: o da política, da sociabilidade, da gestão e mesmo da epistemologia. Assim, defende a necessidade de também gestar-se outro paradigma para a gestão em saúde. Um paradigma que reconheça e conviva com a autonomia relativa dos trabalhadores, mas que desenvolva formas de controle sobre o trabalho segundo a perspectiva dos usuários e também levando em consideração o saber estruturado sobre saúde. A construção de um novo paradigma em gestão pretende-se articular saberes sobre a subjetividade com temas que possam ressignificar o trabalho em saúde.

Uma das tentativas de se pensar um novo modo de gestão em saúde é protagonizada pelo Ministério da Saúde, na denominada política Humaniza SUS (BRASIL, 2004), que valoriza a autonomia dos trabalhadores e usuários, a discussão sobre a clínica ampliada, a busca da integralidade e de novas formas de produzir as práticas. No entanto, referem Campos (2010), Assis e colaboradores (2010) que, a incorporação destes novos conceitos depende de reformas organizacionais e também do processo de trabalho voltado para ampliar a democracia institucional, com o envolvimento dos sujeitos que produzem e consomem os serviços de saúde.

Por outro lado, como refere Santos (2007), constata-se no SUS a produtividade das ações de saúde promovendo inclusão social, convivendo-se com o desafio do “assistenciocentrismo”, dos atos evitáveis e desnecessários, da prática de aceitar a média complexidade como porta de entrada, da medicalização e do modelo da oferta. Para o autor, há em curso duas realidades simultâneas: o “SUS que dá certo”, que se configura em “ilhas” ou “nichos” e se evidencia no grande número de mostras de experiências municipais, regionais, estaduais de sucesso – apesar do seu grande número, elas são muitas vezes

temporárias e reversíveis; e a persistência das distorções com grande e desregrado crescimento da demanda espontânea, encaminhada ou judicializada aos bens e serviços de maior custo do SUS, em benefício dos consumidores de planos e seguros privados de saúde. Esse fenômeno vem aprofundando a iniquidade e a fragmentação do atendimento, tornando o SUS complementar ao mercado, refém do “modelo da oferta” e mais “pobre para os pobres”.

Nessa seara de discussão, não se deve perder de vista a produção de atos cuidadores eficazes, que tenham a capacidade de alcançar a cura, a promoção e a proteção da saúde, responsabilizando os gestores e trabalhadores de saúde, tendo em vista a construção de alternativas que ultrapassem a lógica mercantil, centrada na produção de procedimentos e em núcleos de intervenção focalizados e profissional-centrado, para outra que valorize o compromisso com a defesa da vida das pessoas.

Nesse contexto, o SUS deve ser resgatado, tendo em vista a construção de um modelo pautado por uma nova lógica de produzir saúde, mais equânime, integral, universal e, por fim, resolutivo. No entanto,

O desenho organizacional da rede de serviços brasileira, ainda que venham ocorrendo importantes transformações, ainda está longe de atingir uma racionalidade que assegure eficácia e eficiência ao sistema. Pode-se considerar que o modelo brasileiro é híbrido, combinando um formato tradicional com novos modos de atenção. (CAMPOS, 2007, p. 104)

Campos (2007) advoga que não existe um único modelo que possa ser considerado ideal para todo o SUS, pois o modelo adequado deve ser construído em cada caso, de acordo com a tradição e os problemas específicos de cada local. Contudo, considera algumas balizas importantes na construção desse modelo, como a busca de maior eficácia e eficiência; o aumento da capacidade de gestores e trabalhadores em estabelecer compromissos e contratos com os usuários; produzir o

menor dano possível e, por fim, aumentar os coeficientes de autonomia e de autocuidado.

A complexidade do processo de mudança do modelo de atenção exige iniciativas “macro-sistêmicas” que possam criar condições para que ocorram mudanças no nível micro das práticas de saúde, tanto em relação ao seu “conteúdo” em direção à solução dos problemas e atendimento das necessidades da população, quanto no processo de trabalho dos serviços que compõem os diversos níveis de complexidade do sistema. (TEIXEIRA, 2003)

Para Merhy (2006), não há receitas, pois sempre será necessário enfrentar as tensões constitutivas presentes nos terrenos da política e do processo de trabalho que opera no cotidiano da produção dos modelos de atenção, entendendo que a saúde é terreno de permanente estruturação e de conflitos, e por isso:

[...] qualquer que seja o arranjo que se imponha, não há como anular aquele território tenso e aberto do ‘fazer saúde’, não há como não experimentar, o tempo todo, a emergência de novos processos instituintes que podem ser a chave para a permanente reforma do próprio campo das práticas, o que constitui em si desafios constantes para qualquer paradigma a ser adotado. (MERHY, 2006, p. 34)

Pois é no campo das práticas, no “trabalho vivo em ato”, que vai se configurando a produção das práticas a partir das relações que se estabelecem entre os sujeitos envolvidos, que estão sempre a exercer certo “autogoverno”, e que vai determinar, em última instância, se aquilo que foi estabelecido como modelo pelos gestores e trabalhadores vai realmente se efetivar na produção das ações de saúde.

Um dos requisitos para lograr a integridade e resolubilidade da atenção é que o usuário, a depender das suas necessidades e demandas, tenha garantido o acesso aos três níveis de atenção. Para Cecílio (1997), o modelo da pirâmide, que foi idealizado na construção do SUS

pelo movimento sanitário, representaria a possibilidade de racionalização do atendimento através de um fluxo ordenado de baixo para cima e de cima para baixo, o que viria a permitir o atendimento das necessidades de saúde dos usuários nos espaços tecnológicos adequados.

O modelo piramidal seria constituído por uma ampla base composta pelas unidades de saúde que seriam responsáveis pela atenção básica a uma população delimitada, visando um cuidado integral dentro de suas possibilidades através de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, representando o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde. O nível de média complexidade, localizado na parte intermediária da pirâmide, tem como objetivo o atendimento dos principais agravos de saúde da população através de procedimentos e atendimentos especializados, sendo composto por exames, especialidades clínicas e cirúrgicas, atendimento de urgência e emergência e hospitais gerais. No ápice da pirâmide, encontra-se o nível mais complexo, ocupado pelos serviços e hospitais de maior complexidade.

Defender o sistema de saúde como uma pirâmide relaciona-se com a ideia de expansão da cobertura e democratização do acesso, racionalização de recursos, a proximidade dos usuários, enfim, pensar num modelo de atenção justo e que de fato resolva os problemas daqueles que demandam os serviços de saúde. (CECILIO, 1997)

Entretanto, na prática, muitas dificuldades têm sido encontradas na concretização de um sistema de saúde integrador e integral. A rede básica ainda não conseguiu se efetivar como “porta de entrada” do sistema, papel desempenhado, muitas vezes, pelos hospitais e serviços de emergência, além disso, o acesso aos serviços especializados e às cirurgias eletivas são extremamente difíceis e demorados.

Essa realidade leva os usuários a tentar entrar pela “porta” que lhes parece mais fácil ou possível, na tentativa de garantir a atenção. Por isso, Cecílio (1997) propõe pensar o sistema como um círculo, com múltiplas possibilidades de entrada, em que cada uma dessas

entradas seja qualificada na direção do acolhimento e reconhecimento dos grupos mais vulneráveis, para possibilitar “a garantia de acesso ao serviço adequado, à tecnologia adequada, no momento apropriado e como responsabilidade intransferível do sistema de saúde.” (CECILIO, 1997, p. 477)

No campo específico da organização do trabalho em saúde observa-se uma fragmentação dos processos e práticas, em que cada trabalhador realiza parcelas do trabalho sem uma integração com as demais áreas envolvidas. (MATOS et al., 2010; ASSIS et al., 2010a) Essa situação tem sido apontada como uma das razões que dificulta a realização de um trabalho em saúde mais integrador, comprometido e com a qualidade, tanto na perspectiva daqueles que o realizam como para aqueles que consomem. Considerando-se a realidade e as especificidades da prática em saúde, que é desenvolvida por seres humanos para outros seres humanos, cuja complexidade ultrapassa os saberes de uma única profissão, é preciso ressignificar o modo de operar cotidianamente o fazer em saúde, na perspectiva interdisciplinar, intersetorial e transdisciplinar, por uma necessidade própria da evolução do conhecimento e da complexidade que vão assumindo os problemas de saúde no contexto atual e futuro.

Desse modo, uma questão importante a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de torná-los verdadeiros produtores do cuidado, é reorganizar os processos de trabalho na direção das necessidades dos usuários, através de diretrizes de acolhimento, vínculo e responsabilização, estabelecendo uma “linha de produção do cuidado” (ASSIS et al., 2010a), disparada a partir de um projeto terapêutico que indique os atos assistenciais necessários para atender o problema de saúde do usuário com base no nível de complexidade do sistema, e que conduza a fluxos assistenciais seguros e tranquilos aos usuários através de redes integradas, de modo a atender as suas necessidades.

REFLEXÕES FINAIS

Como reflexão final, procuro responder a provocação do título deste capítulo: Poliarquia ou hierarquia nas redes de atenção à saúde?

O projeto SUS foi concebido e legitimado em Lei (8080 e 8142), pautado em uma rede hierarquizada para ser operada com a referência e a contrarreferência. Infelizmente, após 23 anos de sua regulamentação, o sistema não conseguiu legitimá-la na prática social. Convive-se com dificuldades de acesso, longas filas e baixa resolubilidade, principalmente na média e alta complexidade, a despeito da ampliação da oferta de serviços na ABS.

Muitos sanitaristas históricos preocupados com esta situação têm proposto alternativas para a reorganização do sistema, conforme discutido acima por Cecílio (1997), propõe um modelo circular com múltiplas portas de entrada, argumentando que o usuário superlota as urgências e emergências, configurando uma das principais formas de entrada no sistema.

Mendes (2011) traz à baila a discussão de redes de atenção à saúde, argumentando que os sistemas fragmentados, na prática, são organizados de forma hierarquizada, com cuidado centrado no profissional, organizados por componentes isolados e com valorização da gestão da oferta, entre outros atributos. Por outro lado, discute que a rede de atenção deve ser organizada de forma poliárquica, contínua, com atenção integral e gestão de base populacional.

Autores como Merhy (2002, 2006) discute a rede como parte da discussão do trabalho em saúde, valorizando a micropolítica do processo de trabalho. O acolhimento se constitui em uma diretriz importante, que pode estar presente em todos os momentos de conexão da rede de sujeitos e instituições, situando o usuário como principal protagonista. Propõe uma mudança de lógica de organização dos serviços, humanizando as relações trabalhadores-usuários, superando o modelo médico-centrado para um usuário-centrado.

Um ponto comum entre os autores em destaque, diz respeito à defesa do SUS, que também compartilho. As diferentes perspectivas apresentadas podem dialogar em busca de soluções que de fato possibilitem um sistema universal, integral e resolutivo. Nesse sentido, tenho dúvidas se um sistema poliárquico, nos moldes de Mendes (2011), responde aos ditames do SUS. Defendo a ideia de uma rede integrada que articule estrutura, processos e sujeitos, interagindo o micro e o macropolítico, o subjetivo e o objetivo, rompendo com a burocratização excessiva e o produtivismo.

Urge a necessidade de superação da estrutura fragmentada de atenção à saúde, focalizada em determinados serviços que se organizam por meio de diferentes pontos de atenção à saúde, isolados e desconectados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de atender de forma organizada as necessidades dos usuários. Responsabilizar-se pelos problemas de saúde da população do território de intervenção, nos moldes de uma população adscrita, impõe uma nova dinâmica de compromisso com o SUS. A unidade de saúde passaria então a organizar sua demanda, de acordo com as necessidades e prioridades, através da escuta qualificada, pautada na diretriz do acolhimento. A mudança precisa ocorrer no espaço micropolítico dos processos de trabalho, no cotidiano dos serviços de saúde, ou seja, no “trabalho vivo em ato” (MERHY, 2002), que representa uma força operando continuamente em processo e em relações, como palco estratégico para a transformação do agir em saúde.

Nesse contexto, o diálogo entre os trabalhadores, gestores e usuários teria que ser permanente, bem como a intercomunicação com as diferentes unidades da rede. A ABS precisa se comunicar permanentemente com a média e alta complexidade, num sistema articulado que fomente a corresponsabilização entre todos os sujeitos envolvidos, com respostas rápidas e eficientes.

A gestão precisa conversar com os trabalhadores que atuam na prática, ou seja, uma rede integrada exige um novo modo de fazer gestão, pautada na democracia institucional, participação do trabalhador e do

usuário, horizontalidade das relações e compromisso com os princípios da universalidade e da integralidade, pilares do SUS. Incluir pessoas na roda, assumindo uma nova postura, acreditando na possibilidade de mudança. Abrir espaços para produzir um cuidado que vise o acolhimento, o vínculo, a resolução e a autonomização. Um espaço privilegiado para estabelecimento de novas forças instituintes, capazes de modificar a realidade instituída em busca de um serviço que se coloca em defesa da vida.

Como diria Fernando Pessoa:

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas [...] Que já têm a forma do nosso corpo [...] E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares [...] É o tempo da travessia [...]
E se não ousarmos fazê-la [...] Teremos ficado [...] para sempre [...]
À margem de nós mesmos [...]

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A. et al. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família*: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: Edufba, 2010a.

_____. A expressão saúde, organização da rede de serviços e cuidado integral no SUS: descompassos entre o marco normativo e a legitimidade social. In: BLIACHERIENE, Ana Carla; SANTOS, José Sebastião (Org.). *Direito à Vida e à Saúde*: impactos orçamentário e judicial. São Paulo: editora atlas, 2010b; p. 237-254.

_____. Atenção Primária à Saúde e sua articulação com a Estratégia Saúde da Família: construção política metodológica e prática. *Revista de APS, Juiz de Fora*, v. 10, p. 189-199, 2007.

ASSIS, M. M. Araújo; ASSIS, A. A.; CERQUEIRA, E. M. Atenção Primária e o Direito à Saúde: algumas reflexões. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 32, n. 2, p. 297-303, 2008.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

_____. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, v. 18, suplemento 2, p. 11-23, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cartilha Política Nacional de Humanização – gestão participativa e co-gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, G. W. de S. *Um método para análise e cogestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. *Saúde Paidéia*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2337-2344, 2010. Disponível em: <www.cienciaesaudecoletiva.com.br>. Acesso em: abr. 2013.

CECÍLIO, L. C. de O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. M. *Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. de; SOUSA, G. W. de. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 5, p. 775-781, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/reben>. Acesso em: 4 abr. 2013.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 71-112.

_____. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, Emerson Elias et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 15-35.

PESSOA, F. *Poemas de Alberto Caieiro*. Disponível em: <pensador.uol.com.br/tempo_de_mudanca/>. Acesso em: 7 maio 2013.

SANTOS, N. R. dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 429-435, 2007. Disponível em: <www.cienciaesaudecoletiva.com.br>. Acesso em: 4 abr. 2013.

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: <www.cienciaesaudecoletiva.com.br>. Acesso em: 4 abr. 2013.

STARFIELD, B. *Atenção Primária*. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde/ UNESCO/DFID, 2004.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde: desatando nós, criando laços. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, 2003.