

Repensando a Humanização do Sistema Único de Saúde à luz das Redes de Atenção à Saúde

Rethinking Humanizing of the Brazilian Unified Health System in the light of the Health Care Networks

José Roque Junges*

Rosângela Barbiani**

397

Artigo Original • Original Paper
O Mundo da Saúde, São Paulo - 2012;36(3):397-406

Resumo

O artigo é uma proposta de discussão teórica sobre a política de humanização na saúde. Parte da constatação de que existe uma transição epidemiológica onde a predominância já não são as doenças infectocontagiosas, mas as doenças crônicas de cunho metabólico. O sistema, no entanto, não está preparado para acompanhar as pessoas em suas condições crônicas, porque está organizado para eventos agudos espontâneos ou para eventos frutos de situações de cronicidade. Por isso as respostas aos problemas em geral não são adequadas, colocando o sistema em crise por falta de resolutividade para o tratamento das condições crônicas. Esse fato aponta para a necessidade de construir uma clínica que consiga dar conta de acompanhar as pessoas no cotidiano da sua condição crônica. Um dos dispositivos acionadores dessa clínica, conjugando diretrizes de autonomia e de corresponsabilização, é o projeto terapêutico formulado para cada usuário em sua situação peculiar de saúde. Esse projeto exige ser pensado como linha de cuidado que depende das interfaces com a rede de atenção. Esse novo contexto do atendimento coloca novos desafios para a humanização que não pode se reduzir à ferramenta do acolhimento, precisando incluir também o autocuidado acompanhado, dependente de respostas da rede de atenção à saúde.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde. Doença Crônica. Rede de Atenção à Saúde. Humanização da Assistência.

Abstract

This article is a proposal of theoretical discussion about the policies of humanization in health. The discussion comes from our awareness of an epidemiological transition in which chronic diseases with metabolic characteristics predominate instead of infectious ones. However, the health system is not prepared for helping people in their chronic conditions, because it is organized for severe spontaneous events or for events arising from chronic conditions. Therefore the answers to the problems are generally not appropriate, putting the health system in crisis due to the lack of solutions for chronic conditions. This points to the necessity for constructing a clinic able to deal with assisting the daily life of people in chronic conditions. One of the activation devices of this clinic, combining autonomy and responsibility, is the therapeutic plan created for each user in her particular health condition. This plan has to be designed as a care line based on the interactions with the health service network. This new context of the care service brings new challenges to humanization, which cannot be reduced to the helping dispositive, and needs to include also assisted self-care, which depends on the health care network.

Keywords: Primary Health Care. Chronic Disease. Health Service Net. Humanization of Assistance.

* Filósofo. Doutor em Ética Teológica. Professor e pesquisador no PPG de Saúde Coletiva da UNISINOS, São Leopoldo-RS, Brasil. E-mail: roquejunges@hotmail.com

** Assistente Social. Doutora em Educação. Professora e pesquisadora no PPG de Saúde Coletiva da UNISINOS, São Leopoldo-RS, Brasil. Os autores declaram não haver conflito de interesses.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Humanização (PNH)¹ pretende ser uma vertente orgânica e uma política transversal do Sistema Único de Saúde no sentido de “ofertar um atendimento de qualidade, articulando avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”. Essa melhoria da atenção depende da operação do conjunto de relações implicadas no sistema, no sentido de aumentar o grau de responsabilidade dos diferentes atores da rede. Por isso trata-se da “produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos” que constituem o sistema. Assim, a humanização, como um conjunto de estratégias para qualificar a atenção e a gestão, se estabelece como construção e ativação de atitudes ético-estético-políticas de corresponsabilidade e como rede de conectividade que possibilita a troca de saberes e práticas. Dessa forma, a PNH possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política de saúde: a transversalidade, que consiste em aumentar o grau de comunicação intra e intergrupos por meio da transformação dos modos de relação e comunicação entre os sujeitos, desestabilizando as fronteiras entre os diferentes saberes; a indissociabilidade entre atenção e gestão, para assim alcançar a integralidade do cuidado e a integração dos processos de trabalho; e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos¹.

A política da humanização colocou em evidência as relações existentes no sistema e a consequente produção de subjetividade nessas relações, no sentido de construir atitudes e processos de acolhimento e corresponsabilidade. O objetivo da humanização é tornar efetivo o princípio da integralidade nas práticas e nos processos dos serviços de saúde. A política atinge os três níveis do atendimento, embora seu início tenha sido a humanização hospitalar². Esse começo pode ter caracterizado a compreensão da humanização para todos os níveis.

A Atenção Básica, devido à complexidade do seu atendimento, em que interferem elementos clínicos, ambientais, sociais, culturais e psicológicos, além da prevenção, promoção e educação em saúde na longitudinalidade da vida, sempre significou um desafio acrescido para a efetivação

da integralidade. Sendo a Atenção Básica a porta de entrada no sistema de saúde, ela levanta questões sobre o acesso e a qualidade da atenção na rede onde acontecem entraves para a implementação da humanização³.

A humanização sempre esteve focada nas relações e no acolhimento, mas ela esbarra sempre na gestão, quando se consideram as dificuldades de sua efetivação na Atenção Básica. Por essa razão, existe um movimento de discussão sobre o sistema de saúde, centrado na gestão e pautado pela pactuação e negociação de acordos, em vista da construção de modelos mais adequados de atenção. Novas políticas e programas são propostos para a melhoria e qualificação da Atenção Básica. Esse novo contexto obriga-nos a repensarmos a humanização sob uma visão ampliada que integre mais explicitamente a gestão, para que possamos discuti-la a partir de parâmetros diferenciados, porque a população encontra-se numa diferente situação sanitária, caracterizada por condições crônicas, que aponta para a necessidade de um atendimento clínico diverso. O artigo pretende apresentar esse novo contexto e discutir sua história de efeitos sobre a humanização.

NOVA SITUAÇÃO SANITÁRIA DA POPULAÇÃO E O SISTEMA DE SAÚDE

Não é nenhuma novidade de que a situação sanitária da população vive uma transição epidemiológica em que a prevalência não é mais de doenças infecciosas, mas crônico-degenerativas de cunho metabólico. Essa transição repercute nas contradições do sistema em dar uma resposta efetiva, colocando-o em crise. Os sistemas de saúde constituem respostas sociais às condições de saúde da população e por isso devem adequar-se a elas para que respondam às necessidades e demandas clínicas e sanitárias da sociedade. Nesse sentido, existe uma relação estreita entre a transição das condições de saúde e a transição dos sistemas de atenção à saúde, exigindo uma coerência entre a situação das condições de saúde e o modo como se organiza o sistema para responder a essas condições.

Para Mendes (p. 45)⁴, a crise atual dos sistemas de saúde reflete o desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas con-

dições crônicas e um sistema de saúde voltado predominantemente para responder às condições agudas e a eventos agudos de condições crônicas. O sistema vive uma ditadura da atenção a problemas agudos, que, no longo prazo, produz resultados sanitários e econômicos desastrosos, porque responde mal às condições crônicas, pois, passado o evento agudo dessa condição, não se sabe o que propor a esse usuário, sendo abandonado até outra agudização de sua cronicidade. Quando problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona, por ser episódico, não podendo ser adotado como um tratamento longitudinal dos problemas de saúde ao longo da vida. Por isso, segundo Mendes (p. 49-50)⁴, é imprescindível mudar radicalmente essa lógica, construindo um sistema que, além de responder a eventos agudos, faça um seguimento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, atuando sobre os determinantes e fatores de risco e sobre as condições de saúde da população. Isso exige um sistema integrado em rede para responder às condições agudas e crônicas, superando um sistema fragmentado voltado para a atenção de condições e eventos agudos.

A necessidade de um sistema integrado para atender longitudinalmente às condições crônicas exige repensar o atendimento clínico e a própria ferramenta do acolhimento e do vínculo como bases da humanização, pois, para esses adoecidos, a cronicidade da doença torna-se uma experiência biográfica⁵. Como essa nova clínica, própria de um sistema integrado, não se identifica com procedimentos e ações isoladas, mas com práticas em rede, tem-se a exigência de uma gestão conectada dessa clínica e, nesse sentido, uma humanização em rede, o que significa cuidar de alguém com foco em seu itinerário de vida e em suas necessidades de saúde provocadas pelas condições crônicas, não apenas por seus eventos agudos, tendo presente nessas práticas a perspectiva da humanização integrada em redes de cuidado.

NOVAS POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE

Para fazer frente aos impasses e desafios do cuidado das necessidades primárias em saúde da população, o Ministério da Saúde publicou,

em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reeditando e reformulando uma portaria de 2007 que também tratava da Atenção Básica, com a intenção de propor diretrizes sobre os objetivos, tarefas e organização do atendimento de primeiro nível. Segundo o documento, são funções da Atenção Básica na Rede de Atenção à Saúde (RAS): ser a base do atendimento; ser resolutive quanto à identificação dos riscos, necessidades e demandas de saúde; coordenar o cuidado, elaborando, acompanhando e gerindo projetos terapêuticos singulares e fluxos de usuários na rede; ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as respostas às necessidades em relação aos outros pontos da rede de atenção e contribuindo para que a programação dos serviços parta das necessidades dos usuário⁶.

Para que a Atenção Básica possa desempenhar essas funções, ela necessita de interfaces com a vigilância. Por isso o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional da Vigilância em Saúde,

que tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população, articulando-se num conjunto de ações que se destinam a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde⁷.

Para garantir essa integralidade do cuidado, as diferentes vigilâncias precisam inserir-se na construção das redes de atenção à saúde sob a coordenação da Atenção Primária à Saúde. Com isso, a integração entre a vigilância em saúde e atenção básica é condição obrigatória para construir a integralidade e alcançar os resultados na resposta às necessidades dos usuários e pressuposto para efetivar a humanização⁷.

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou também o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da atenção Básica (PMAQ), fruto de um processo de negociação e pactuação das diferentes esferas de gestão do SUS no sentido de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de

um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde⁸.

O programa tem sete diretrizes: a adesão dos gestores e das equipes ao programa terá que ser voluntária como pressuposto para o seu êxito; a constituição de parâmetros de comparação para a melhoria da atenção; o incremento de um processo contínuo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e qualidade; a transparência no acompanhamento das ações e dos resultados; o envolvimento dos diferentes gestores; o desenvolvimento da cultura da negociação e contratualização; e o estímulo de mudanças no modelo de atenção⁸.

Como complemento do PMAQ, foi proposto pelo Ministério o Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde, contendo um instrumento de avaliação do desempenho do sistema de saúde (PRO-ADESS) criado na Fiocruz. Essa avaliação tem quatro dimensões desencadeadoras: os determinantes sociais de saúde do território adscrito (1ª dimensão); os quais configuram as condições de saúde dessa população (2ª dimensão); a estrutura do sistema de saúde (3ª dimensão) precisa responder a essas condições e o desempenho do sistema (4ª dimensão) mostra-se no acesso, continuidade, adequação, efetividade e qualidade do atendimento⁹.

As Políticas Nacionais da Vigilância e da Atenção Básica e os correspondentes Programas Nacionais de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde constituem, no âmbito programático, o contexto e os instrumentos para efetivar a humanização na Atenção Básica. Entretanto, as políticas e os programas dependem de um funcionamento em Redes de Atenção à Saúde (RAS) e de uma pactuação de gestão. Assim, a humanização precisa ser pensada a partir de novos parâmetros identificados com a rede e com a gestão, como complementos da tradicional e predominante ferramenta do acolhimento.

NOVA CLÍNICA E HUMANIZAÇÃO

A gestão da clínica implica “a aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde com a finalidade de: a) assegurar padrões clínicos

ótimos; b) aumentar a eficiência; c) diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais; d) prestar serviços efetivos; e) melhorar a qualidade da atenção à saúde”¹⁰.

A gestão clínica dispõe de ferramentas de microgestão que permitem integrar verticalmente os pontos de atenção e conformar a RAS. As ferramentas de microgestão partem das tecnologias-mãe – as diretrizes clínicas –, para, a partir delas, desenhar a RAS e ofertar outras ferramentas, como a gestão da condição de saúde, gestão de casos, auditoria clínica e as listas de espera¹⁰.

Nessa perspectiva, Mendes⁴ defende a necessidade da construção de um modelo de Atenção das Condições Crônicas (MACC). Isso implica mudanças profundas na forma de prestar atendimento, instituindo uma nova clínica, que precisa funcionar em rede e com gestão. O fracasso do sistema fragmentado de atenção à saúde que apenas sabe responder a eventos agudos determinou a falência da principal ferramenta que a sustentou: a consulta médica de curta duração. Por essa razão, para lidar com as condições crônicas, torna-se importante a imposição de modificações radicais na forma como acontece o encontro clínico dos profissionais e das equipes com os usuários e conseqüentemente exige repensar a humanização.

A gestão de doenças crônicas impõe aos gestores de saúde o desafio de melhorar a qualidade do cuidado e trabalhar com maior integração entre os serviços, construindo linhas de cuidado e avançando no sentido da integralidade. Para enfrentar esse desafio, é necessário contar com trabalho interdisciplinar das equipes, investir na maior resolutividade das unidades de saúde de atenção primária, com oferta de ações oportunas e diversificadas e que comprovadamente colaboram com a melhoria da qualidade de vida e autonomia dos usuários nos seus processos de adoecimento¹¹.

Mendes (p. 294-348)⁴ aponta oito dimensões dessa necessária mudança para um MACC. É preciso passar de uma atenção centrada na doença e suas respectivas prescrições, típicas de um atendimento de episódios agudos, para uma atenção proativa e colaborativa centrada na situação da pessoa e da família em saber lidar com as condições crônicas. Essa dimensão exige uma segun-

da, que é a atenção programada expressa num plano de cuidado elaborado, revisado e acordado entre a equipe e o usuário, em contraposição a uma atenção não programada inerente ao tratamento de condições e eventos agudos. Essa atenção programada exigirá uma terceira dimensão, que é a atenção multiprofissional em oposição a uma atenção uniprofissional. O tempo curto da consulta médica é ineficiente e fonte de muitos problemas, quando se quer tratar condições crônicas. Por isso, a exigência de uma consulta multiprofissional, em que vários profissionais, além do médico, numa relação horizontal, irão atender o usuário, possibilitando a integralidade de um atendimento contínuo. Essa mudança acarreta uma quarta dimensão, a necessidade na atenção básica de uma atenção médica generalista, em contraposição a uma atenção médica especializada, importante nos momentos agudos, mas não adequada para lidar com as condições crônicas, porque aqui importa o conhecimento singular dessa pessoa em sua situação subjetiva com suas características e circunstâncias particulares que só o médico generalista da ESF pode ter.

Em seguida, Mendes⁴ apresenta três outras dimensões, que são mais micromudanças em contraposição aos anteriores, que são dimensões mais macro. Trata-se de pequenos passos que podem influir na transformação do modelo. A quinta dimensão é a possibilidade da atenção não presencial, devido à atual facilidade de conectar-se via eletrônico com um profissional ou a equipe para pedir uma orientação, como um complemento da atenção presencial. A sexta seria a possibilidade da atenção em grupo em vez da pura atenção individual, não apenas para racionalizar o tempo, mas principalmente porque a interação de usuários com as mesmas condições crônicas pode ter resultados positivos no aprendizado de como lidar com essas condições. Essa dimensão aponta para a sétima, que é a atenção dispensada por leigos e não apenas por profissionais nos grupos que reúnem usuários vivendo as mesmas condições crônicas. Se um dos usuários desse conjunto desponta como alguém com liderança e capacidade para levar o grupo, sendo formado e apoiado por um profissional, certamente essa atenção poderá ter resultados positivos pela proximidade e conhecimento da condição.

Por fim, Mendes⁴ apresenta a oitava e última dimensão essencial para a essa mudança do modelo de atenção às condições crônicas, que são as interfaces e a complementação entre atenção profissional e autocuidado apoiado. Isso significa aumentar as intervenções de autocuidado apoiado nas RAS, porque os sistemas fragmentados de atenção são excessivamente focados apenas na atenção profissional.

O autocuidado apoiado foi definido como a prestação sistemática de serviços educacionais e de intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades das pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde em gerenciar seus problemas, o que inclui o monitoramento regular das condições de saúde, o estabelecimento de metas a serem alcançadas e o suporte para a solução desses problemas (p. 338-9)⁴.

A proposta do autocuidado apoiado não significa passar o problema das condições crônicas para a responsabilidade exclusiva de seus portadores, que, por isso, exige o suporte da família, das organizações comunitárias e principalmente da equipe multiprofissional de saúde, apontando para as interfaces com a rede de atenção.

O autocuidado compreende a elaboração de um plano de ação pactuado entre os portadores de condições crônicas e a equipe de saúde, que tem os seguintes objetivos: identificar as necessárias mudanças na vida das pessoas; descrever o que, onde, quando, quanto e com que frequência as mudanças irão ocorrer; identificar as barreiras a essas mudanças e identificar as estratégias de superação dessas barreiras; avaliar o grau de confiança das pessoas em cumprir as metas; e, por fim, documentar e monitorar essas metas (p. 343)⁴.

A humanização no âmbito da atenção às condições crônicas precisa inserir-se nesse contexto de acompanhamento e de autocuidado apoiado, pois a forma como as pessoas reagem frente a essas condições depende do modo como elas lidam e convivem com as restrições que lhes são impostas, como conjugam essas restrições com a busca de relações nas suas redes de sociabilidade para que não se isolem e não façam dessas condições o foco de suas vidas. As dife-

renças nas posturas não dependem da situação crônica, mas do modo como pessoas aprendem a manejá-la. A humanização aqui se identifica com o apoio para fortalecer a autonomia e a capacidade de reação e o acompanhamento para aprender a lidar com as restrições e para encontrar novas formas de inserção social. Isso significa levar em consideração a subjetividade no atendimento clínico.

Essa é a proposta da Clínica ampliada na Atenção Básica, formulada por Campos^{12,13}, que não se identifica simplesmente com a clínica de procedimentos padronizados do hospital, mas que necessita incluir necessariamente a clínica do sujeito. Os itinerários terapêuticos serão frutos de uma pactuação entre o usuário e o profissional. Essa prática está baseada no princípio de que toda produção de saúde é sempre produção de subjetividade tanto do usuário quanto do trabalhador, exigindo processos compactuados de trabalho, identificados com o método da paideia e, conseqüentemente, uma nova metodologia da cogestão de coletivos, chamada por ele de método da roda.

Cunha¹⁴, seguindo os passos de Campos, procura mapear as diferenças mais evidentes entre a clínica hospitalar e a clínica de atendimento primário. O hospital está baseado em relações hierárquicas de poder, exigindo a submissão do paciente ao tratamento. Na Atenção Básica, o usuário conserva sua autonomia, e o profissional precisa levar em consideração sua subjetividade para definir a terapia adequada. O hospital funciona segundo o modelo biomédico que separa o corpo da psique e divide o corpo em especialidades, aplicando procedimentos padronizados e iguais para todos. Na Atenção Básica, existe um sujeito complexo permeável a toda sorte de influências externas e internas, apresentando suas demandas e seus desejos e exigindo um tratamento diferenciado. O imaginário social do hospital está ligado à doença grave e à morte, enquanto que na atenção básica impera a prevenção e a promoção da saúde e a vontade de viver. O tempo das relações terapêuticas no hospital é curto, intensivo e artificial, enquanto que o tratamento da unidade básica caracteriza-se por tempos longos, distendidos e inseridos no cotidiano. O hospital move-se num ambiente artificial em rela-

ção à vida diária, adequado para o tratamento de eventos agudos, enquanto que a Atenção Básica tem maior proximidade com a materialidade do cotidiano da vida, necessária para uma atenção das condições crônicas.

Essas diferenças mostram que não se pode simplesmente transferir as atitudes e os procedimentos da clínica hospitalar para o atendimento básico, pois respondem ao cuidado de eventos agudos. O profissional da saúde de nível primário precisa fazer verdadeira clínica, mas uma clínica ampliada pela inclusão da subjetividade para fazer frente às condições crônicas. Esse é o próprio núcleo da humanização na Atenção Básica. Ele exige processos desverticalizados de trabalho, em que os profissionais, junto com os usuários, são sujeitos na produção da saúde. Essa construção mútua da subjetividade aponta para o eixo ético da relação terapêutica.

Um dos dispositivos acionadores da clínica ampliada que conjuga as diretrizes de autonomia e responsabilização é o Projeto Terapêutico, formulado para cada usuário em sua situação peculiar de saúde. Para Franco e Franco¹⁵, ele pode ser caracterizado como o conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco que extrapola o âmbito clínico, abarcando as condições sociais, econômicas, ambientais e afetivas, isto é, a integralidade do sujeito e seu contexto de vida.

Nesse sentido, a humanização se expressa, nesse tipo de atenção voltada para as condições crônicas, como apoio e acompanhamento do autocuidado, assim como, nos eventos agudos, ela precisa usar a ferramenta do acolhimento. Essa compreensão ampliada da humanização necessita ser pensada a partir das redes de atenção e das linhas de cuidado como bases para o apoio e o acompanhamento das condições crônicas.

HUMANIZAÇÃO NAS LINHAS DE CUIDADO DAS REDES DE ATENÇÃO

Diante desse complexo quadro do perfil epidemiológico e considerando as desigualdades regionais das condições de saúde da população brasileira, o apoio à constituição de redes cooperativas em diversas instâncias do SUS tem sido

um dos objetivos estratégicos de todas as ações da PNH, da atenção e gestão do SUS. Esse apoio materializa-se na oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento de redes de saúde, incentivando o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do SUS e fomentando a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão¹⁶.

Na indissociabilidade entre os níveis de atenção e os modos de gerir os processos de trabalho (gestão), entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade, reside o ponto ou modo de intersecção entre a política de humanização e as redes de atenção à saúde¹⁷.

A ideia de cadeias prestadoras de serviços, com integração intersetorial, horizontal e vertical de ações assistenciais e de apoio logístico e informacional tem sido disseminada em todo o mundo, por meio da OMS e, no âmbito da América Latina, pela OPAS. Essas instâncias veiculam a noção de redes integradas de serviços entendida como “uma rede de organizações que presta ou provê os arranjos para a prestação de serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que se dispõe a prestar contas pelos seus resultados clínicos e econômicos, e pelo estado de saúde da população à qual ela serve”¹¹.

Nessa definição, pode-se constatar o reconhecimento e a universalidade dos princípios do sistema de saúde brasileiro: a integralidade, a equidade e, indiretamente, o controle social, o que denota o protagonismo do País no cenário mundial, no que tange a modelagem dos sistemas de saúde. Também é preconizada pela OPAS a centralidade da atenção primária à saúde como eixo organizador da rede integrada que deve se caracterizar por ter um território e população definidos, com ampla oferta de estabelecimentos e serviços de saúde, por ela coordenados e integrados por sistemas eletrônicos de informação, com um modelo assistencial centrado na pessoa, na família e na comunidade / território, sob um único sistema de governança, com financiamento adequado¹⁸.

Nessa direção situa-se o conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS), definido pelo Minis-

tério da Saúde como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistema técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”¹⁰.

Um conceito mais elaborado sobre as RAS pode ser encontrado na produção de Mendes

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidade sanitária e econômica e gerando valor a população (p. 2300)¹⁹.

O conceito de Mendes é incorporado ao objetivo da RAS assumido pelo MS, que, segundo a Portaria n. 4.279, de 2010, é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

Considerando os elementos constitutivos da noção de redes, podemos avançar no sentido da aproximação da PNH com as redes de saúde, uma vez que elas designam um novo desenho para a oferta de serviços, transbordando os limites dos níveis de atenção e das políticas setoriais, o que implica novos modos de produção de saúde e subjetividade nos processos de trabalho.

Estamos, portanto, situando o encontro PNH com a execução terminal da política de saúde, isto é, no âmbito da prestação de serviços assistenciais, nos remetendo ao lócus da atenção primária e de seu eixo de adscrição: o território, como centro comunicador e irradiador de recursos e das práticas de produção de saúde. A esse espaço e a esse nível de atenção é designado o árduo protagonismo na conversão do modelo fragmentário hegemônico, pelo modelo integrado de ações que possa promover um contínuo assistencial, em resposta às necessidades epide-

miológicas de maior relevância, que acompanhe os usuários por todos os seus itinerários terapêuticos. Nesse contexto, destaca-se uma ferramenta de microgestão dos serviços denominada 'Linhas de Cuidado' (LC).

As linhas podem representar diferentes desenhos e tipos de cuidado, a indivíduos e coletivos, e nem sempre começam na Atenção Básica, mas a ela sempre devem retornar. Em seus diversos fluxos, o usuário pode acessá-la nos serviços de urgência, de clínicas ou de consultórios, até os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de especialidades e hospitalares.

Nessa proposta, segundo Lagrotta²⁰, as linhas de cuidado podem ser compreendidas enquanto modelos de atenção matriciais que integram ações de promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e de terapêutica, como também uma visão global das condições de vida.

Subjaz à concepção de 'linhas de cuidado' os princípios da humanização na produção da saúde, percorrendo os vários níveis de atenção, com a responsabilidade sanitária centrada nas necessidades de saúde dos usuários e seus territórios, portanto devendo ser ordenada pela atenção primária. Em geral, as linhas atravessam e articulam redes, organizadas por tipo de agravo ou necessidades de saúde prioritárias, como, por exemplo, as linhas de cuidado das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), saúde materno infantil; saúde do adulto; saúde do idoso, entre outras. Mais do que uma ideia ou um formato, a proposição da organização do cuidado sob a forma de atenção contínua e progressiva é um dispositivo real e factível para o acionamento das redes e de sua integração. Nesse sentido, as linhas de cuidado são conceituadas como uma forma de organizar o caminho do usuário pela rede de serviços e de qualificar as portas de entradas do sistema, de forma que a equipe possa acolher, compreender, corresponsabilizar, intervir com vínculo e produzir autonomia, oferecendo um atendimento adequado às necessidades de cada um²¹.

Ainda que esteja caracterizada como es-

tratégia de microgestão, autores como Malta e Merhy²² e Merhy e Cecílio²³ entendem a 'linha de cuidado' em sua relação intrínseca com a produção da saúde de forma global, a partir de redes macro e microinstitucionais, em processos extremamente dinâmicos, aos quais está associada a imagem de uma *linha de produção* voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades. Isso significa afirmar que, para a efetivação das LC, é necessária a garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e corresponsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados; monitoramento de resultados. Tais aspectos precisam ser pactuados por meio de um grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional¹⁰.

Na dimensão da macrogestão e suas capilaridades na produção de linhas de cuidado, também se inserem outras requisições que, em geral, são minimizadas quando se planejam ou demandam mudanças nos processos de trabalho. Malta e Merhy²² advertem que intervir na macropolítica passa por atuar nos determinantes sociais, buscando articulações intersetoriais, mudanças na legislação, atuação na regulação, no financiamento das ações, na rede de serviços, na organização da vigilância e informação em saúde. Além disso, precisa-se da construção de uma lógica de gestão que desperte a oportunidade de reflexão e de aprendizagem sobre a própria gestão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A efetivação de uma nova modalidade de humanização do cuidado implica a reorganização do sistema e do modelo de atenção, o que torna essa mudança ainda mais complexa. Em outras palavras, a humanização não é uma tarefa circunscrita ao *ethos*, ao campo do ser e do fazer dos profissionais de saúde no redirecionamento dos processos de trabalho, isto é, no âmbito da microgestão. Muito embora esse nível seja indispensável e até mesmo o "palco" das práticas humanizadas e integrais, ele depende necessariamente de arranjos estruturais de organização e gestão do sistema. Enfrentar a fragmentação dos serviços, os vazios assistenciais, as disparidades

entre oferta e demanda, a carência de profissionais exige um esforço sincrônico entre os níveis macro, meso e micro, motivo pelo qual estamos diante de um desafio ético-político, cujo horizonte aponta à consolidação da humanização como eixo estruturador de nosso sistema de saúde. No âmbito macro, podemos situar o financiamento do sistema, o sistema de informação e de monitoramento e avaliação e, ainda, o ordenamento do mapa sanitário com a lógica da regionalização das redes e pactuação de metas. Em nível meso, destacamos a reorientação do modelo assistencial coerente com as condições de saúde da população, observando o declínio dos agravos agudos e a ascensão das condições crônicas e inserindo as Vigilâncias e Promoção em Saúde

no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS). Por fim, no espaço da microgestão, ressaltam-se as ações de integração entre os níveis de atenção nos sentidos horizontais e verticais, nos fluxos organizativos e comunicativos dos processos de trabalho que podem conferir visibilidade ao modelo humanizador do cuidado. Nesse espectro, encontram-se protocolos inovadores que devem orientar as linhas de cuidado e os itinerários terapêuticos dos usuários. Evidentemente, essa transformação será operada se considerarmos a subjetividade dos trabalhadores, as necessidades dos usuários e a garantia de participação de ambos nos processos de planejamento e gestão das práticas cuidadoras.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. HumanizaSUS. Política Nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso 16 Mai 2012]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf
2. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Colet*. 2004;9(1):7-14.
3. Simões ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(3):439-44.
4. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: OPAS / CONASS; 2011.
5. Canesqui AM. Estudos antropológicos sobre adoecidos crônicos. In: Canesqui AM, organizador. *Olhares antropológicos sobre adoecidos crônicos*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 19-51.
6. Brasil. Portaria n. 2488 do Ministério da Saúde, estabelecendo a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso 13 Mai 2012]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>
7. Brasil. Portaria n. 3.252 do Ministério da Saúde, estabelecendo a Política Nacional da Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso 15 Mai 2012]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/102068-3252>
8. Brasil. Portaria n. 1654. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso 15 Mai 2012]. Disponível em: <http://www.cosemsrn.org.br/arquivo/informa/aumento/manual.pdf>
9. Brasil. Programa de Avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso 16 Mai 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/programa_avaliacao_qualificacao_SUS_versao3.pdf
10. Brasil. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelecendo diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [acesso 18 Mai 2012]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>
11. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
12. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
13. Campos GWS. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond JRM, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec / Fiocruz; 2006. p. 53-92.
14. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na Atenção básica. São Paulo: Hucitec; 2005.
15. Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da Rede de saúde. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Trabalho e redes de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso 15 Mai 2012]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf
17. Brasil. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso 17 Mai 2012]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf

18. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. / Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Eugênio Vilaça Mendes, coordenador. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010 [acesso 16 Mai 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sistemas_logisticos_livro.PDF
19. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2010;15(5):2297-305.
20. Lagrotta MT. Redes de atenção à saúde, territorialização e implementação de linhas de cuidado, 2010. Disponível em: <http://teiasmesquita.ning.com/profiles/blog/list?user=3a5sd8cgtj0zu>
21. Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ / ABRASCO; 2006. p. 165-84.
22. Malta DC, Merhy EE. The path of the line of care from the perspective of non transmissible chronic diseases. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2010;14(34):593-605.
23. Merhy EE, Cecílio LCO. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas: Unicamp; 2003. (mimeo)