

Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local

Humanization of Primary Health Care: healthcare network Management and local governance

Gabriela Ferreira Granja*

Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli**

494

Resumo

Para consolidação da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde, é essencial o trabalho em rede das equipes e serviços de saúde, dos gestores e dos usuários, de forma solidária, interativa e participativa. A partir da Atenção Primária, a Rede de Atenção à Saúde estrutura as organizações que, direta ou indiretamente, prestam serviços de saúde equitativos e integrais para atender as necessidades de uma área determinada. A governança local promove mecanismos facilitadores da comunicação entre os diversos atores dessa Rede, numa ação conjunta de Estado e sociedade civil que marca a nova fronteira nas relações entre Administração e cidadãos. Uma governança boa e eficaz propicia a operacionalização da Humanização da Saúde pela construção de diferentes espaços de encontro entre os sujeitos para os pactos de tarefas e responsabilidades; troca de saberes; fortalecimento do controle social; desfragmentação das organizações e processos de trabalho; diminuição do distanciamento entre governantes e governados. Espaços de deliberação reforçam o caráter democrático das políticas públicas e possuem potencial para fomentar cidadania, emancipação das pessoas e humanização dos cuidados de saúde.

Palavras-chave: Governança Clínica. Assistência à Saúde. Humanização da Assistência. Atenção Primária à Saúde.

Abstract

The humanization of the Brazilian National Healthcare System requires interactive and participatory relationships of professionals, managers and users by means of a healthcare network. The organization of this network begins in Primary Care. The network organizes the services that directly or indirectly provide equitable and comprehensive health services based on the needs of a certain population. Local governance facilitates the communication of the different actors in the network, promotes a joint action of State and civil society and marks a new frontier in the relationship of citizens and administration. In order to humanize healthcare it is necessary a good and effective governance by providing opportunities for those involved in the healthcare network to establish a covenant of tasks and responsibilities; exchange knowledge; strength social control; defragment organization and work processes; decrease the distance between rulers and ruled. Such spaces of deliberation reinforce the democratic character of public policy and have a potential to foster citizenship, people empowerment and humanization of health care.

Keywords: Clinical Governance. Delivery of Health Care. Humanization of Assistance. Primary Health Care.

* Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP (PPGE-EEUSP). Mestre em Enfermagem (PPGE-EEUSP). Gerente de Apoio Técnico – FUNDAP. São Paulo-SP, Brasil. E-mail: gabrielafgranja@gmail.com

** Enfermeira. Livre-docência pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Pós-doutora em Bioética pela Universidad Complutense de Madrid. Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP. São Paulo-SP, Brasil. E-mail: elma@usp.br

As autoras declaram não haver conflito de interesses.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública reflete as mudanças sociais que vêm ocorrendo nos últimos anos no Estado Brasileiro e na sociedade. Fruto do processo de democratização da sociedade brasileira, a Constituição de 1988, ao efetivar a saúde como um direito de todos por meio do SUS, criou espaços coletivos de deliberação compartilhada entre os três entes federados e incluiu a sociedade no processo decisório da Política Pública, por meio dos conselhos e conferências de saúde.

A criação de espaços intermediários entre Estado e sociedade civil para deliberação sobre questões de interesse público representou um avanço na democracia brasileira e uma possibilidade de atender de forma mais equânime os anseios e necessidades de todos os envolvidos.

Nesse processo de transformação do Estado contemporâneo, vem ganhando força a cultura dialógica. O Estado passa a ser um ente mediador, cabendo-lhe não somente estabelecer e conferir eficácia aos canais de interlocução com os indivíduos e grupos sociais, mas constantemente interagir e manter vínculos¹.

Essa cultura de cogestão e compartilhamento de poder pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Configura-se como um modelo de construção compartilhada de conhecimentos e intervenções que inclui os diferentes sujeitos no processo de análise e tomada de decisão².

No bojo desse movimento de inclusão e gestão compartilhada, tem-se a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH). A Humanização como política implica: construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos; contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários; estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão³.

A PNH propõe transformações nas relações sociais de trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização, condução e prestação dos serviços à população. Na gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizon-

talização das relações, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe e a democratização dos processos decisórios, com corresponsabilização de gestores, trabalhadores e usuários⁴.

Frente a essa realidade, a proposta da PNH se desenvolve por meio do trabalho em rede de forma solidária, interativa e participativa com equipes multiprofissionais; e do pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), as diferentes instâncias da gestão e da atenção e os gestores, trabalhadores e usuários⁵.

A rede pode ser compreendida como estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços, e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos⁵.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma rede de organizações que presta, direta ou indiretamente, serviços de saúde equitativos e integrais a determinada população. A RAS assiste e presta contas de seus resultados clínicos, econômicos e no estado de saúde da população a que serve⁶.

Um dos componentes das RAS são os sistemas de governança. A governança é o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das RAS, de forma a gerar cooperação entre os atores sociais, aumentar a interdependência entre eles e obter resultados sanitários e econômicos positivos para a população adscrita⁷.

A estrutura operacional das RAS é composta pelos sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde) e sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica, sistemas de teleassistência e sistemas de informação em saúde)⁸.

A organização da Rede se dá em torno da Atenção Primária; é a partir dela que se estruturam os dois sistemas para o acesso às necessidades de saúde da população e, portanto, a governança local. O sistema de governança deve conferir a comunicação entre os diversos pontos da RAS, criar uma missão e uma visão nas organizações; definir objetivos e metas que devem ser alcançados no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais para o cumprimento dos objetivos e metas; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para

planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização⁸.

A implantação das RAS no SUS requer a consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como fundante e coordenadora dos pontos de atenção e da assistência. Ou seja, a ESF torna-se parte e centro de comunicação das RAS, com base nos seus atributos essenciais derivados da atenção primária e nas funções de resolutividade e responsabilização⁸.

A atenção primária representa o primeiro contato dos indivíduos, da família e da comunidade com um sistema nacional de saúde. É por meio da atenção primária que se levam os cuidados de saúde o mais perto possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, dando início a um continuado processo de assistência à saúde⁹.

As RAS objetivam prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo. Para isso, fazem o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde, a fim de encontrar as melhores soluções, com menores custos, em função das demandas, das necessidades da população e dos recursos disponíveis¹⁰.

Cabe à governança promover mecanismos facilitadores da comunicação entre os diversos atores para que se promovam decisões compartilhadas nas RAS, pois seus vários pontos de atenção regem-se por diferentes interesses, algumas vezes, conflitantes. Nesses pontos, concorrem os atores federativos (municipais e estaduais), o Estado, a Administração Pública e a sociedade civil, ou seja, confrontam-se interesses públicos e privados.

Se a Atenção Primária é o elemento fundante da RAS, é a partir dela que se começam a desenhar as redes e a estruturar a governança. A Atenção Primária é espaço privilegiado para se conhecer os problemas e as necessidades de saúde dos indivíduos e coletivos.

A PROMOÇÃO DE REDES DIALÓGICAS, SOLIDÁRIAS, COLABORATIVAS NA BUSCA DO INTERESSE COLETIVO

A governança não é ação isolada da sociedade civil buscando maiores espaços de participação e influência. Ao contrário, o conceito compreende a ação conjunta de Estado e sociedade na busca de soluções e resultados para problemas comuns¹¹.

No contexto da governança, a participação ativa constitui a nova fronteira nas relações entre Administração e cidadãos. Ambos não se limitam apenas a influenciar o governo ou as ações por ele conduzidas, mas envolvem-se num trabalho cooperativo entre parceiros, nos vários momentos do ciclo das políticas públicas, a fim de propor e discutir opções, ainda que a responsabilidade pela formulação das políticas e decisão final permaneça a cargo da Administração¹².

A concepção de cogestão pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da definição de pactos sobre as diferenças. Assim, configura-se um modelo que inclui os diferentes sujeitos no processo de análise e tomada de decisão. Uma das marcas da cogestão é a perspectiva de construção compartilhada de conhecimentos e intervenções¹³.

A tomada de decisão deve ser resultado de um amplo processo dialógico em que se exponham abertamente os interesses, fins e valores de todos os setores sociais envolvidos, procurando acordos aceitáveis para as diversas partes. Para Batista¹⁴, o processo decisório sofre influências ideológicas, religiosas e da compaixão. Quando se trata de avaliar os resultados e decidir sobre ações que afetam a sociedade, não há uma única maneira correta ou universalmente objetiva para identificar e avaliar um risco. Por isso, são necessárias visões pluralistas, que devem ser postas em diálogo tanto na resolução dos problemas do conhecimento em geral, como nas questões éticas para se encontrar uma solução justa.

Entretanto, em que pese o pioneirismo da área da saúde na democratização das relações entre Estado e sociedade civil, mediante a criação de instâncias políticas de participação e controle social nas três esferas de governo, no cotidiano das instituições ainda se verifica a predominância de cultura política conservadora, patrimonialista e autoritária¹⁵.

Assim, poderia se perguntar: como promover redes dialógicas, solidárias, colaborativas e cooperativas que busquem atender ao interesse coletivo? Em outras palavras: como promover a governança humanizada e 'humanizadora' do SUS?

Para promover tais mudanças, o foco na governança é fundamental; é difícil compartilhar responsabilidades, riscos e poder, mas é necessá-

rio para se alcançar resultados públicos positivos à saúde e assistência. Os espaços de governança têm um potencial democratizante porque agregam informações, diagnósticos, conhecimentos coletivos, possibilitam desenvolver respeito à diversidade, interação, troca, expressão de ideias, interesses, engajamento com a coisa pública e aprendizado dialógico¹⁶.

Segundo Rhodes apud Smith¹⁷, a governança foi definida como redes intergovernamentais auto-organizadas com as seguintes características: interdependência entre as organizações; abrangência dos atores não estatais; interações continuadas entre membros da rede, causadas pela necessidade de trocar recursos e de negociar propósitos comuns; interações enraizadas na confiança e regulamentadas pelas regras do jogo negociado e acordadas pelos participantes da rede; e um grau significativo em relação ao Estado.

Por ser um espaço público, a governança é um processo de inclusão e participação que permite a democratização da política de saúde. Esse desenho fundamenta-se na concepção de que o Estado deve conter mecanismos institucionais de controle e de incorporação de interesses plurais que viabilizem sua inserção, sem que o Estado seja capturado por algum grupo particular¹⁸.

A integração em saúde é um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto clínico coletivo. Essa perspectiva de sistema integrado de saúde tem como representação nuclear uma rede de cuidados com múltiplas dimensões de integração entre os diferentes subsistemas relacionando a Clínica e a Governança às representações e valores coletivos⁵.

Com a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento de redes de saúde, a humanização aponta para 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 gestão¹⁹.

Sobre a participação dos diferentes atores no processo decisório da Política de Saúde, Guedes, Pitombo e Barros²⁰ afirmam que a PNH propõe o

método da tríplice inclusão nos processos e dispositivos de gestão, na clínica e na saúde coletiva. Esse método inclui: os sujeitos (gestores, trabalhadores, usuários), os coletivos (movimentos sociais e movimentos de trabalhadores sensíveis) e os analisadores sociais (aspectos que colocam nossa prática em análise, problematizando-a).

O método da tríplice inclusão promove: o cotejamento de diferenças entre sujeitos para a construção de processos de corresponsabilização na gestão e na efetivação do cuidado; o fomento e a produção de redes sociais, na perspectiva da produção ampliada de saúde e da cidadania; a atitude generosa que suscita alteração nas relações de poder entre os sujeitos. É uma estratégia de construção de processos coletivos para a produção do comum na diferença, uma vez que propicia o cotejamento, em espaços públicos, de posições não necessariamente coincidentes por serem expressão do coletivo, que é sempre plural²⁰.

É óbvio que os princípios da humanização e seu método da tríplice inclusão não prescindem de orientações éticas, clínicas e políticas, as quais marcam, de forma geral, a direção da ação, da coprodução de sujeitos e de saúde²⁰.

Para que os dispositivos da PNH sejam efetivamente operacionalizados e promovam mudanças, dependem de processos de negociação constantes entre os diferentes atores. É necessário, portanto, que as situações de negociação sejam tomadas como objetos de avaliação, para desvendar os fatores intervenientes na implantação e na relação com os resultados alcançados. Por exemplo, alguns dispositivos da humanização da gestão dos serviços, os conselhos ou colegiados de gestão, podem ser concebidos apenas como novas estruturas administrativas, incapazes de desencadear novos modos de gerir o trabalho com negociações permanentes, construção coletiva da coparticipação e cogestão⁴.

Na atual configuração institucional do SUS, o âmbito local é espaço privilegiado de resolução desses desafios. Torna-se, pois, fundamental para o sucesso das estratégias de humanização a construção de bases sólidas de governança local, capazes de fornecer suportes técnico, gerencial e político¹⁸.

A governança local, como configuração regional da governança pública, é uma forma autônoma de coordenação e cooperação que pode ser forma-

da por representantes de organizações políticas, administrativas, associações, empresas e sociedades civis, com ou sem a participação estatal²¹.

A Atenção Primária, como parte da governança da RAS, pode colaborar no acolhimento das necessidades dos usuários, na otimização dos serviços, na promoção do acesso aos demais serviços, no incentivo às práticas de promoção da saúde e no fortalecimento de rede social³.

As redes de atores, redes sociais, são feitas de fios e nós. Os fios representam as expectativas, os objetivos e as demandas relativas à atuação dos atores. Os nós representam os próprios atores e suas ações conjuntas. Juntos, nós e fios constituem a estrutura de uma rede. A rede tem a função de reunir atores com interesses parcialmente diferenciados e parcialmente conflitantes, viabilizando seu trabalho conjunto. Os atores estão presos à rede, ou seja, não podem agir de acordo com seus interesses particulares tanto quanto talvez gostariam. Devem sujeitar-se aos processos de negociação, aceitar os resultados negociados e se ajustar uns aos outros²¹.

Ter mais serviços e mais equipamentos de saúde é fundamental para o funcionamento apropriado das RAS, mas isso não basta. É preciso também garantir que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, que resultem em processos de atenção e gestão mais eficientes, eficazes e construtores da integralidade da atenção¹⁹.

Além da comunicação entre serviços e trabalhadores do SUS, torna-se necessário investir na participação cidadã por meio da inclusão de novos sujeitos nos processos de decisão na saúde, sobretudo de segmentos de usuários que, por intermédio de conselhos e conferências, vocalizam interesses e necessidades que, em alguma medida, passam a compor as políticas de saúde¹⁹.

Inovações na gestão pública, em concepções e na experimentação, hão de visar à organização e ao funcionamento da máquina do Estado em uma lógica inversa à predominante, que tem sido a do "loteamento e isolamento" das áreas e políticas¹⁹.

Em 2006, instituiu-se o Pacto pela Saúde, com três componentes: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Instituiu-se, a partir de então, maior flexibilidade na pactuação entre os gestores, exigindo-se maior entendimento sobre

os sistemas, maior capacidade de planejamento e articulação regional. A organização de Colegiados de Gestão Regional e a utilização de um conjunto de instrumentos (PDI, PDR, PPI, etc.) destacam-se como elementos facilitadores da efetivação das pactuações²².

A regionalização solidária e os Colegiados Gestores Regionais podem se constituir espaços da produção de redes. As comissões intergestores no âmbito do SUS representam uma possibilidade de negociação e incorporação dos interesses de estados e municípios nas diretrizes nacionais da política de saúde, editadas pelo Ministério da Saúde. Isso faz da saúde uma política que incorporou e equacionou, de maneira bastante inovadora, a questão da dinâmica federativa brasileira²³.

São responsáveis, atualmente, pela governança das RAS no SUS: as comissões intergestores tripartite (estados, municípios e federação), bipartite (estados e municípios) e regionais (entre municípios apoiados pelo estado). Essas últimas também são conhecidas como Colegiados de Gestão Regional, termo esse adotado antes da promulgação do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2008, porém ainda bastante utilizado.

Além das comissões intergestoras, que contam com a participação dos gestores dos três entes federados, têm-se os espaços de participação social, propiciados pelas conferências e conselhos de saúde. Nesses, por meio de representantes, a sociedade pode opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as ações das políticas e das redes de saúde.

As conferências têm o objetivo de avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos Municípios, Estados e no País. Os conselhos atuam na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das políticas de saúde²⁴.

DESAFIOS NA EFETIVAÇÃO DA GOVERNANÇA EM REDE

De acordo com Heckert e Neves apud Guedes, Pitombo e Barros²⁰, um dos desafios enfrentados nas práticas de saúde relaciona-se aos modos verticalizados de gestão e na dissociação entre os modelos de atenção (modos de cuidar) e os modelos de gestão (modos de gestão). Com

essa cisão, a administração do sistema de saúde está centrada exclusivamente na figura do gestor, enquanto que os trabalhadores executam e operacionalizam os planejamentos formulados pelos gestores. Essa proposta indica modelos de gestão dicotômicos: de um lado, os que planejam e pensam e, do outro, os que fazem e cuidam.

Para a governança da RAS, torna-se urgente a criação e efetivação de mecanismo e dos espaços de decisão democrática, a partir de planejamento participativo, transparência na gestão e organização das ações com base nas necessidades de saúde e não nos interesses particulares.

O Programa Saúde da Família foi proposto como uma estratégia de mudança e reordenamento do modelo assistencial no Brasil, tendo como pilar a humanização²⁵. Esse modelo de atenção objetiva criar vínculos entre os profissionais e usuários por meio da corresponsabilização na resolução dos problemas de saúde. Essa estratégia vem melhorando o acesso da população ao sistema de saúde, proporcionando considerável melhora na qualidade do atendimento oferecido²⁶.

Entretanto, uma análise da produção científica sobre o tema da humanização na atenção primária à saúde mostrou que apenas 18,2% dos artigos analisados correlacionavam o tema PSF e humanização²⁷. Mesmo nessa nova forma de assistência, que preconiza o vínculo, ainda verifica-se a persistência de práticas tradicionais nas quais os usuários ocupam posição passiva nos serviços de saúde.

Uma característica marcante na implantação do PSF em todo o Brasil foi a parceria com as Organizações Sociais da Saúde (OSS) para a efetivação da estratégia. As OSS têm sido vistas como estruturas mais adequadas à gestão de políticas sociais por proporcionarem maior flexibilidade e autonomia ao gestor público, num novo paradigma gerencial²³.

Nesse modelo de gestão por parcerias, é extremamente relevante o controle público sobre o repasse de bens e a delegação da produção de serviços sociais a essas organizações. Lembrando-se que, na história da Administração Pública no Brasil, não são raras as situações de uso indevido da verba pública que ficam impunes devido à fragilidade da ação regulatória pelo Estado²⁸.

Com isso, ao se considerar a aplicação das leis, instaura-se um descompasso entre o “país legal” e o “país real”. Resulta um modelo de cidadania de contornos passivos, quando não de ausência plena de cidadania, em decorrência da antecipação generosa do Estado e da incorporação tutelada dos brasileiros, que se revelam apáticos e acomodados. Gera-se uma cultura paradoxal de cidadania concedida, na qual a ideia de proteção e amparo do Estado é vista como dádiva ou como “favor”²⁹.

É preciso resgatar o papel da Atenção Básica no fortalecimento da participação e no controle social para a efetivação da governança em rede. De acordo com a Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde, cabe à Atenção Básica estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

A Portaria aponta, ainda, como função da Atenção Básica: atuar como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários a partir de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral; articular-se também às outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais. Para isso, é necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como: gestão das listas de espera (encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames), prontuário eletrônico em rede, protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado, discussão e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, entre outros.

A humanização do SUS relaciona-se com a governança da RAS, pois um sistema de saúde humanizado reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. A humanização do SUS é tarefa que convoca a todos, gestores, trabalhadores e usuários, para a construção de vínculos e trocas solidárias,

comprometidas com a produção de saúde e de sujeitos com o aumento do grau de corresponsabilidade e de participação coletiva no processo de gestão, mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde³⁰.

Muitos dos elementos requeridos para a operacionalização da Humanização do SUS dependem de uma governança boa e eficaz, entre eles: construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos para análise e contratação de tarefas e responsabilidades (Grupo de Trabalho em Humanização; Rodas; Colegiados de Gestão, etc.); construção e troca de saberes; trabalho em rede das equipes multiprofissionais; pacto entre os diferentes entes federativos (federal, estadual, e municipal); construção de redes interativas; fortalecimento do controle social; desfragmentação das organizações e dos processos de trabalho; objeto e objetivos comuns que resultem na articulação do processo de trabalho de cada trabalhador; e diminuição do distanciamento entre governantes e governados³⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível verificar o quanto o SUS já avançou em relação aos instrumentos de deliberação e o quanto esses mecanismos reforçam o caráter

democrático da política pública. Temos hoje diversos espaços intermediários (conselhos, conferências, comissões, colegiados) que descentralizaram o debate sobre as estratégias de efetivação das políticas de saúde no SUS e que possuem um grande potencial para semear a cidadania e autonomia dos usuários e trabalhadores na saúde.

A Política Nacional de Humanização, sendo eixo transversal estruturante do SUS, torna necessária a reflexão sobre Gestão compartilhada e Governança da RAS a partir da Atenção Primária. É no nível local que melhor se encontram as necessidades de saúde da população e onde é possível se desenvolverem processos educativos que fortaleçam a cidadania e a inclusão dos atores no processo decisório, como verdadeiros protagonistas que devem ser.

Humanizar a Atenção Primária, e por decorrência o SUS, representa reconhecer o papel desse ponto de atenção como organizador da RAS. Por sua vez, tal reconhecimento implica fortalecer a Atenção Primária por meio de instrumentos da Gestão e de efetivação do Cuidado. Em outras palavras, é fundamental o estabelecimento de uma governança compartilhada entre os pontos da rede para a obtenção de resultados satisfatórios às necessidades de saúde, em um cuidado humanizado.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira GJ. Participação administrativa. In: Osório FM, Souto MJV, organizadores. Direito administrativo: estudos em homenagem a Diogo de Figueiredo Moreira Neto. Rio de Janeiro: Lúmen Juris; 2006. p. 401-27.
2. Barbosa SFS, Nunes FVO. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. Interface Comun Saúde Educ. 2009;13(Supl 1):615-26.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Santos SBF. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Ciên Saúde Colet. 2007;12(4):999-1010.
5. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cad Saúde Pública. 2004;20(Supl 2):331-6.
6. Organização Panamericana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. A Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo redes de atenção no SUS. Contribuições para o Debate. Brasília: OPAS / OMS; 2011.
7. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Ciên Saúde Colet. 2010;15(5):2297-305.
8. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 512.
9. OMS. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata de 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
11. Gonçalves A. O conceito de governança. Anais do XV Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito, Manaus, 2006 [acesso 9 Mai 2012]. Disponível em: <http://www.conpedi.org.br/manaus/arquivos/Anais/Alcindo%20Goncalves.pdf>

12. Gomes MTS. Comunicação pública para uma democracia participada. In: Gomes MTS, coordenador. A face oculta da governança: cidadania, Administração pública e sociedade. Coimbra: INA; 2003. p. 191-213.
13. Barbosa SFS, Nunes FVO. Contratos internos de gestão no contexto da Política de Humanização: experimentando uma metodologia no referencial da cogestão. Interface Comun Saúde Educ. 2009;13(Supl 1):615-26.
14. Batista KT. A gestão em saúde como dilema bioético. Brasília Med. 2009;46(4):371-9.
15. Pinheiro R. Apresentação: democracia e saúde: sociedade civil, cidadania e cultura política. Physis. 2004;14(1).
16. Ferrarezi E, Oliveira MC. Conferências Nacionais de Saúde e processos participativos na Administração Pública Federal Brasileira. Brasília: Casoteca ENAP; 2010.
17. Smith A. Governança de Múltiplos Níveis: o que é e como pode ser estudada. In: Peters B. Guy e Pierre Jon. Administração Pública: Coletânea; 2011. p. 619-33.
18. Fleury S, Ouverney ASM, Kronemberger TS, Zani FB. Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2010;28(6):446-55.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
20. Guedes CR, Pitombo LB, Barros MEB. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica em saúde. Physis. 2009;19(4):1087-109.
21. Kissler L, Heideman FG. Governança pública: novo modelo regulatório para as relações entre Estado, mercado e sociedade? RAP. 2006;40(3):479-99.
22. Lavras CCC. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: Ibanez N, Elias PEME, Seixas PHA. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 317-31.
23. Franceze C. Administração Pública em Contexto de Mudança: desafios para o gestor de políticas Públicas. In: Ibanez N, Elias PEM, Seixas PHDA, organizadores. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec / Cealag; 2011. p. 19-53.
24. Sá MJCN, Porto MTFM. Controle Público e o SUS. In: Ibanez N, Elias PEME, Seixas PHA. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 395-406.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
26. Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na estratégia de saúde da família. Interface Comun Saúde Educ. 2010;14:797-810.
27. Simões ALA, Rodrigues FR, Tavares DMS, Rodrigues LR. Humanização na saúde: enfoque na atenção primária. Texto Contexto Enferm. 2007;16(3):439-44.
28. Carneiro NJ. O setor público não estatal: as organizações sociais como possibilidades e limites na gestão pública da saúde [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2002.
29. Reis JRF. Cultura de direitos e Estado: os caminhos (in)certos da cidadania no Brasil. In: Morosini MV, organizador. Sociedade, Estado e direito à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 4a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.