

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Caderno de Referência para o Processo de Formação de Profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde

QualiSUS-Rede



BRASÍLIA, DF

2011





**Caderno de Referência para o
Processo de Formação de Profissionais
do Apoio Institucional Integrado
do Ministério da Saúde**

QualiSUS-Rede

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

AG
37.017.4:614
B823c
e.2

© 2011 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2011 – 240 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria-Executiva

Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", Edifício Sede, 3º andar, sala 305

Brasília-DF, Cep: 70058-900

Telefones: (61) 3315-2130 / 2133 / 2078 / 2079,

Fax: (61) 3321-4396

E-mail: gabinete.se@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/se

Secretaria Especial de Saúde Indígena

Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", Edifício Sede, 4º andar

Brasília-DF, Cep: 70058-900

Tel: (61) 3315-3784/3785

Fax: (61) 3315-2023

Secretaria de Atenção à Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", Edifício Sede, 9º andar, sala 900

Brasília-DF, Cep: 70058-900

Tel: (61) 3315-2626/3315-2627

Home page: www.saude.gov.br/sas

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 7º andar, sala 716

Brasília-DF, Cep: 70058-900

Tel: (61) 3315.3753 / 3315.3754

Home page: www.saude.gov.br/sgtes

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 2º andar, sala 207

Brasília-DF, Cep: 70058-900

Tel.: (61) 3315-3616/3326

Fax: (61) 3322-8377

E-mail: gestaoparticipativa@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/sgpe

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Secretaria de Vigilância em Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", Edifício Sede, 1º andar, sala 105

Brasília-DF, Cep: 70058-900

Tels.: (61) 3315 3777

Home page: www.saude.gov.br/svs

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Esplanada dos Ministérios, Bloco "G", Edifício Sede, 8º andar, sala 805

Brasília-DF, Cep: 70058-900

Tels.: (61) 3315 2839

Home pages: www.saude.gov.br/sctie

Equipe de Elaboração

Angela Cristina Pistelli – SGTES

Ena de Araújo Galvão – SCTIE

Jeanete Mufalo Silva Bueno – SE

Ligia Maria Machado Pereira dos Santos – SAS

Liliana Rosicler Teixeira Nunes Fava – SGTES

Márcia Lotufo – SGEP

Maria Delzuita de Sá Leitão Fontoura Silva – SE

Maria do Socorro Monteiro de Oliveira – SVS

Rosângela Franzese – SAS

Silvana Solange Rossi – SE

Teresa Martins – SAS

Revisão

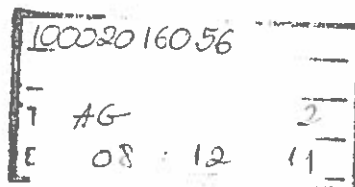
Ana Daniela Rezende Pereira Neves

Produção gráfica

Dino Vinícius Ferreira Araújo

Normalização

Amanda Soares Moreira – Editora MS



Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva.

Caderno de referência para o processo de formação de profissionais do Apoio Institucional Integrado do Ministério da Saúde: QUALISUS-REDE / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

34 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 978-85-334-1849-3

1. Formação profissional em saúde. 2. Promoção em saúde. I. Título. II. Série.

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2011/0330

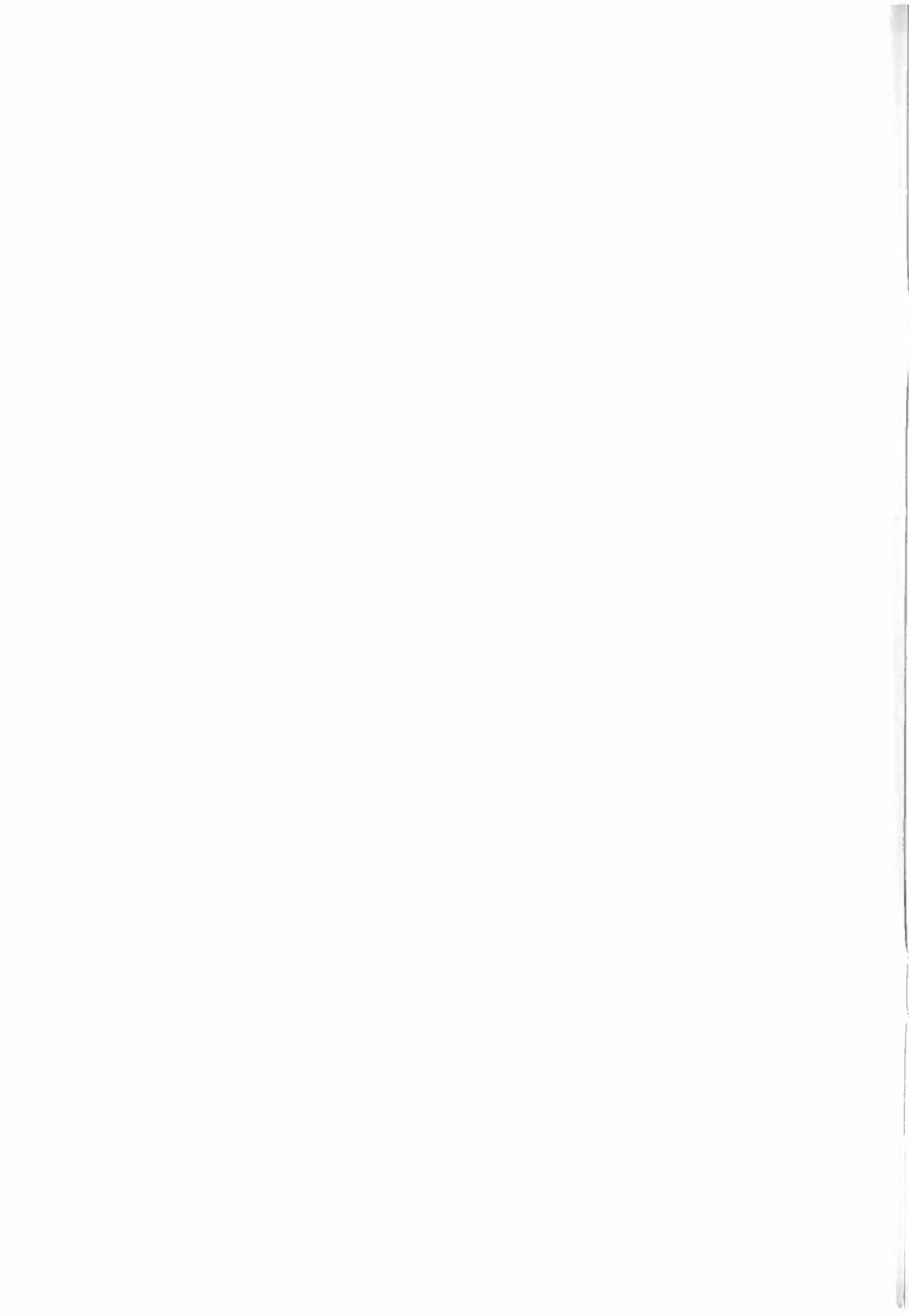
Títulos para indexação:

Em inglês: Book of reference for the professional formation process of integrated institutional support of the Ministry of Health - QualiSUS Network

Em espanhol: Libro de referencia para el proceso de formación de profesionales de soporte institucional integrado del Ministerio de Salud - Red QualiSUS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- APS – Atenção Primária à Saúde
- CIB – Comissão Intergestores Bipartite
- CIR – Comissão Intergestores Regional
- CIT – Comissão Intergestores Tripartite
- COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
- DAB – Departamento de Atenção Básica
- Daras – Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde
- MS – Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- OPAS – Organização Pan-americana da Saúde
- PNH – Política Nacional de Humanização
- QualiSUS–REDE – Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde
- RAS – Rede de Atenção à Saúde
- Rename – Relação Nacional de Medicamentos
- Renases – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
- RM – Regiões Metropolitanas
- RNM – Regiões Não Metropolitanas
- SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
- SGEP – Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
- SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
- SUS – Sistema Único de Saúde
- SVS – Secretaria de Vigilância à Saúde



SUMÁRIO

Apresentação.....	7
1 O contexto.....	9
1.1 Rede de Atenção à Saúde: estratégia para potencializar a gestão e qualificar a atenção no SUS	11
1.2 O desafio da cooperação interfederativa.....	13
2 Apoio institucional integrado.....	15
3 Formação de apoiadores institucionais integrados.....	17
3.1 Referencial teórico-metodológico.....	17
3.2 A construção do processo de formação.....	19
3.3 O papel de apoiador institucional.....	20
3.3.1 Competências do apoiador institucional – perspectivas da função apoio	22
3.4 O processo ensino e aprendizagem.....	24
3.5 Estratégias e recursos pedagógicos.....	24
3.5.1 Avaliação.....	25
3.6 A construção esperada.....	25
Referências	28
Legislação	31
Fontes de informações epidemiológicas e de análise da situação de saúde.....	32
Colaboradores	34



APRESENTAÇÃO

A criação do SUS, em 1988, foi uma grande ousadia. Neste momento, enfrentamos outro desafio: consolidar uma nova relação interfederativa entre União, estados e municípios, nas regiões de saúde, a partir de atuação sinérgica e complementar dos entes federados nos processos de produção de saúde em rede nas regiões.

Importantes avanços vêm sendo efetivados nos processos de atenção e gestão do SUS. Neste sentido, a integralidade do cuidado em saúde merece destaque porque se constrói e se consolida nas práticas cotidianas, na integração entre projetos, políticas, ações e serviços de saúde, bem como entre outras políticas públicas nos territórios.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho 2011, reafirma os princípios do SUS, possibilitando a construção de novos modelos de relação interfederativa entre União, estados, municípios e DF, nas regiões de saúde, fortalecendo a cogestão, a contratualização de responsabilidades entre os entes, através de processos pactuados, no qual estão trabalhadores, gestores, usuários e prestadores de serviços.

No contexto político potente e fecundo da saúde, em que estamos concentrando esforços para a integração da agenda estratégica do SUS e promovendo a articulação entre as políticas do Ministério da Saúde, investimos em uma proposta de formação, produção de conhecimento e cooperação técnica, baseada nas diretrizes do apoio integrado, que tem como eixo norteador a educação permanente.

A proposta aqui apresentada para formação de profissionais que atuam no apoio integrado do MS e no Projeto QualiSUS-Rede, junto aos estados, municípios e regiões de saúde, deve ser sinérgica a todo este movimento, contribuindo para a ampliação e a garantia do acesso com qualidade por meio da organização da Rede de Atenção à Saúde e do fortalecimento da gestão regional.

Bem-vindos! Que esta oferta nos mobilize e nos encante para seguirmos rumo ao fortalecimento de um Sistema Único de Saúde que produza profunda modificação na concepção de saúde, no seu fazer e na sua efetivação, como direito de cidadania e dever do Estado.

Ministério da Saúde

1 O CONTEXTO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma das mais importantes conquistas sociais das últimas décadas, resultante de um processo político que expressa concepções sobre saúde e doença, direitos sociais e arranjos participativos de gestão. O SUS operacionaliza a efetivação da política de saúde e compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde nos âmbitos municipal, estadual e federal, tendo, ainda, de forma suplementar, os serviços privados de saúde.

O texto constitucional e a consequente construção do SUS – compatível com um modelo de Estado responsável pelo bem-estar social da população e coerente com o reconhecimento da saúde como direito social – colocaram para toda a sociedade o imenso desafio de construir um novo sistema, transformando o modelo de atenção à saúde individual e coletiva, tornando-o dinâmico e apto a atender às diferentes e diversificadas demandas da população brasileira.

Como política, o SUS se desenvolve em cenários complexos, permeado por disputas entre distintos interesses, diferentes sujeitos e diferentes projetos, tendo como princípio a efetivação de uma política pública de qualidade, que defenda a vida, que fomente a autonomia, o protagonismo e a participação social. Em suas diretrizes, o SUS indica a horizontalização das relações federativas, a democratização das relações de trabalho e a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde. A implementação dessas diretrizes pressupõe a interação e a troca de saberes, poderes e práticas integradoras entre trabalhadores, usuários e gestores, possibilitando a produção de saúde.

Nas duas últimas décadas, houve avanços nessa construção, sendo possível perceber significativas mudanças no paradigma saúde-doença e transformações dos meios e estruturas, com desenvolvimento de processos de descentralização da gestão e de definição de competências e atribuições para os três entes federados.

Muito se caminhou, mas ainda persistem grandes desafios para o SUS: implementar práticas de atenção e gestão em saúde que garantam o acesso com qualidade e o cuidado integral, em uma Rede de Atenção à Saúde adequada às necessidades da população, com o fortalecimento da governança regional e do controle social.

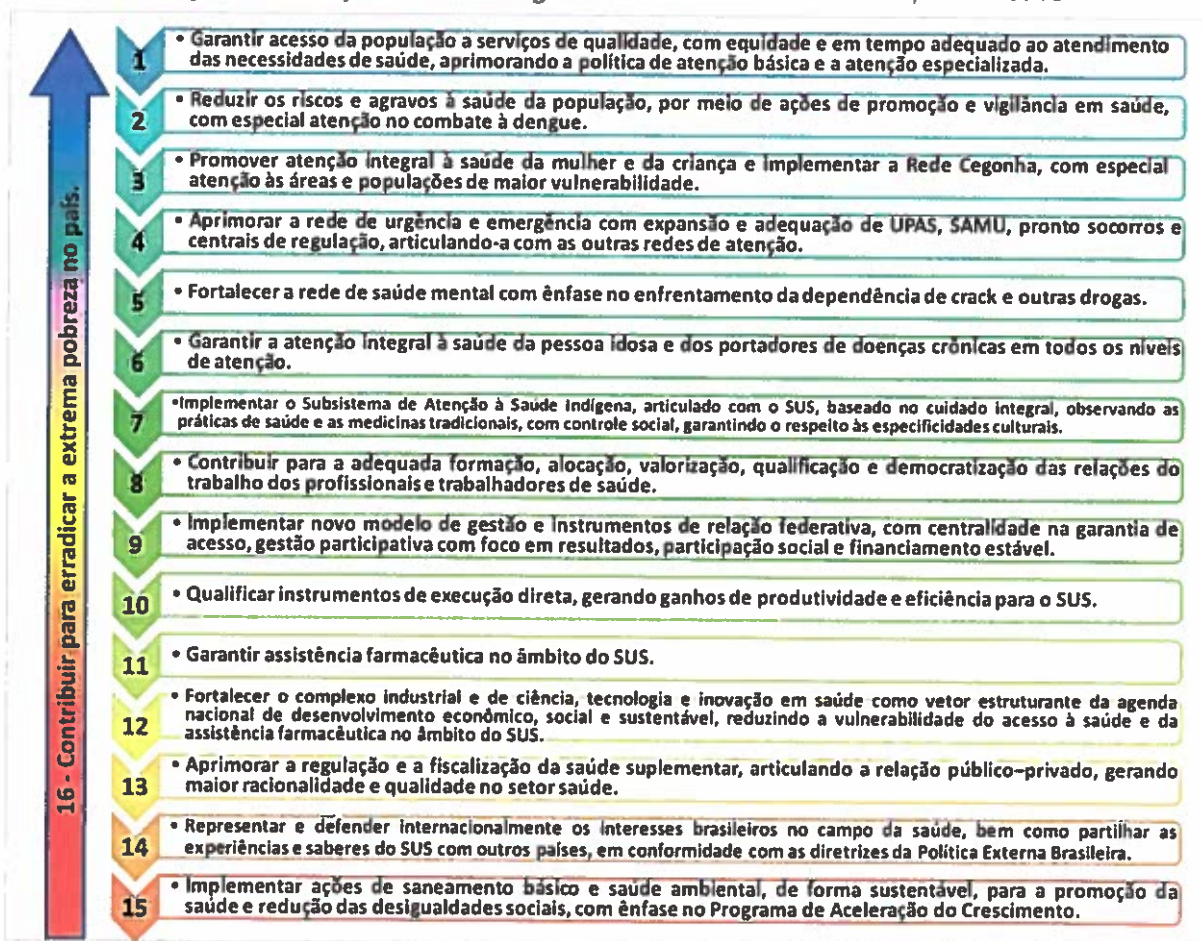
O perfil da situação de saúde no Brasil é de tripla carga de doenças, ou seja, presença concomitante das doenças infecciosas e carenciais, das doenças crônicas e daquelas relacionadas a causas externas. A transição demográfica e epidemiológica resultante do envelhecimento e do aumento da expectativa de vida significa crescente incremento relativo das condições crônicas. O enfrentamento dessa situação exige a ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, garantindo-se atendimento às condições agudas.

No entanto, o modelo de atenção à saúde fundamentado em ações curativas, centrado no atendimento médico, estruturado em ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta e em um modelo de gestão hierarquizado e centralizado, ainda persiste e se mostra insuficiente para responder às necessidades de saúde da população.

Há outros desafios importantes, como a inovação do processo de gestão, a necessidade de superar a fragmentação das políticas e de fortalecer os vínculos interfederativos necessários à consolidação do SUS.

Buscando a coerência frente aos desafios, o MS realizou intenso processo de planejamento integrado e definiu 16 objetivos estratégicos como forma de enfrentamento, tendo como fundamental a *garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e atenção especializada*. Para tanto, define que o *acolhimento e a qualidade devem ser diretrizes de todo o sistema com a atenção primária na ordenação das redes*. A figura 1 apresenta os Objetivos Estratégicos do Ministério da Saúde para o período 2011-2015.

Figura 1 – Objetivos Estratégicos do Ministério da Saúde, 2011-2015



1.1 Rede de Atenção à Saúde: estratégia para potencializar a gestão e qualificar a atenção no SUS

A crise contemporânea dos sistemas de saúde caracteriza-se, dentre outras, pela fragmentação da atenção, pela ênfase às condições agudas, apesar da prevalência de condições crônicas, e pela estrutura hierárquica e sem comunicação fluida entre os diferentes níveis de atenção.

A Organização Mundial da Saúde tem apontado a importância da formação de redes de atenção à saúde como uma das formas de superar essa situação, enfatizando que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve ordenar as redes enquanto uma das estratégias centrais para a sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde. Nesse sentido, experiências em países com sistemas universais, como Reino Unido, Espanha, Cuba, têm mostrado que a organização do sistema de saúde em redes traz melhores resultados para a população. Nessa forma de organização, os atores compartilham interesses e objetivos, promovem a cooperação e trocam recursos entre si, através da vinculação entre a gestão de políticas em um dado território e sua população. Adota-se como princípio que cada nível de atenção deve operar de forma cooperativa e interdependente.

A literatura internacional apresenta, nesse sentido, muitas evidências de que a organização de redes de atenção à saúde pode melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários e a satisfação dos usuários, além de reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde.

No Brasil, o desafio para o SUS consiste em estabelecer coerência entre a situação de saúde de tripla carga de doenças e o sistema de atenção, por meio da implantação de redes de atenção à saúde. Nesse sentido, as redes de atenção se configuram como estratégia de reestruturação do sistema tanto no que se refere a sua organização quanto à qualidade e ao impacto da atenção prestada, representando o acúmulo e o aperfeiçoamento da política pública de saúde.

Coerente com esse desafio, em 30 de dezembro de 2010, foi aprovada a Portaria nº 4.279, que trata da organização da Rede de Atenção à saúde, 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 organização da Rede deve estar norteada pelas seguintes diretrizes:

- Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da Rede de Atenção.
- Fortalecer o papel das CIR (Comissão Intergestores Regionais) no processo de governança da RAS.
- Fortalecer a integração das ações da vigilância em saúde (âmbito coletivo) com as ações da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da RAS e o gerenciamento de riscos e de agravos à saúde.

- Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação em saúde na RAS.
- Implementar o sistema de planejamento ascendente e integrado da RAS.
- Desenvolver os sistemas logísticos e de apoio da RAS.
- Financiar o sistema de saúde na perspectiva de RAS.

Para além do marco legal, no campo das políticas públicas comprometidas com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do Sistema em rede favorece a construção de vínculos de solidariedade e cooperação.

Diante do desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país, algumas experiências nacionais também têm demonstrado que a organização da Rede de Atenção à Saúde tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da própria rede apresenta-se como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica. Também é mais eficaz tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica etc.) quanto em sua capacidade de fazer face aos desafios dos cenários socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário brasileiro.

Uma das estratégias para potencializar e apoiar a organização de redes regionalizadas de atenção à saúde e a qualificação do cuidado é o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede. Trata-se de um projeto de cooperação entre o Banco Mundial e o Ministério da Saúde que visa somar-se aos esforços permanentes de consolidação do Sistema Único de Saúde. Constitui-se em um programa adaptável de investimento que possui financiamento e assistência técnica do Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento – BIRD (Banco Mundial), com previsão de desenvolvimento em duas fases de cinco anos cada.

Sua implementação pressupõe um enfoque integrado, visando contribuir com a organização de redes de atenção baseadas em uma atenção primária à saúde forte e resolutiva e com a instituição de processos de gestão mais seguros e eficazes no âmbito do SUS.

Para sua implementação, foi instituído, por meio da Portaria GM nº 396, de 4 de março de 2011, o Comitê Gestor de Implementação (CGI) do QualiSUS-Rede e a Unidade de Gestão do Projeto (UGP), subordinada à Secretaria Executiva do MS. No Comitê Gestor de Implementação, participam todas as Secretarias e Órgãos do Ministério da Saúde, além do Conass e do Conasems.

O Projeto QualiSUS-Rede, nesta primeira fase, destina-se à implantação de quinze experiências de redes de atenção à saúde nos vários estados brasileiros, sendo dez experiências em regiões metropolitanas e cinco em regiões com recortes específicos. A escolha das regiões foi baseada em critérios que permitiram selecionar um conjunto de regiões que representam a diversidade da realidade brasileira, com um amplo processo de discussão que envolveu, no âmbito do Comitê Gestor de Implementação, representantes de todas as secretarias do Ministério da Saúde, do Conass e Conasems, além de técnicos do Banco Mundial e da equipe técnica do projeto.

As diretrizes para implementação da RAS nas regiões de saúde de todo o território nacional, orientadas pela agenda estratégica do SUS e pelo Decreto nº 7.508, de 29 de junho de 2011, têm como foco central a ampliação do acesso e da qualidade, fomentando a implementação das redes temáticas: rede de atenção à saúde da mulher e da criança (rede cegonha), rede de atenção às urgências, rede de atenção psicossocial (ênfase no uso de crack e outras drogas), e das ações do plano para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, ancoradas e sustentadas pela atenção primária à saúde.

1.2 O desafio da cooperação interfederativa

O Brasil organiza-se político-administrativamente como um país federalista. Esta forma de governo baseia-se na distribuição e no exercício do poder político em sociedade, sobre determinado território, resultante da necessidade de preservar a diversidade de culturas ou da constatação das origens diferenciadas da história e das tradições políticas dos Estados-Membros, garantindo-lhes autonomia política.

Dado existir a separação de competências entre os entes da federação brasileira há a necessidade da ação coordenada e complementar, entre eles, para garantir direitos sociais. Uma das formas de coordenação resulta da realização de acordos intergovernamentais para a aplicação de programas e financiamentos conjuntos, que se traduz no federalismo cooperativo. Neste, há uma mudança dos poderes de decisão nos níveis de governo – federal e federado – em benefício de um mecanismo, mais ou menos complexo e formalizado, de negociação e acordo intergovernamental. Com isso, existe uma tendência de redução das políticas que sejam conduzidas por um só ente federado, colocando-se o desafio do reconhecimento da interdependência e da necessária coordenação das atividades governamentais. Esta interdependência e coordenação se constroem na interação entre os entes, não se fundamentando em uma pressão hierárquica. O federalismo cooperativo não exclui os conflitos de competência, as concorrências ou as duplicações de atividades entre os entes da federação, mas tenta reduzir o alcance desses problemas através de acordos políticos negociados, sendo suscetível a fases de centralização e descentralização.

Pela própria natureza do Estado brasileiro, a atuação conjunta dos entes federados nas políticas públicas deve garantir a autonomia de cada um deles e, ao mesmo tempo, possibilitar a adoção de ações coordenadas e socialmente efetivas.

Para dar conta da complexidade e da dinamicidade da produção de saúde, a regionalização tem sido adotada como uma diretriz que, para consolidar-se, exige o desenvolvimento de ações e serviços de forma a compartilhar tarefas e objetivos entre os níveis de governo. A gestão de políticas públicas nas relações interfederativas exige a construção de processos decisórios compartilhados para conduzir o planejamento e a execução das ações no âmbito socioeconômico, em prol do bem-estar coletivo.

A regulamentação da Lei nº 8.080/1990, por meio da publicação do Decreto nº 7.508/2011, orienta a organização do SUS, apontando o fortalecimento das instâncias de cogestão (CIR, CIB e CIT), o planejamento regional e a articulação da produção de saúde em cooperação interfederativa nas Regiões de Saúde. Prevê ainda a elaboração ascendente do Mapa da Saúde e do Planejamento Regional, das metas a serem alcançadas nas regiões, bem como a implantação da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases) e da Relação Nacional de Medicamentos (Rename), tendo o Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP) como potente dispositivo para a identificação das necessidades regionais, organização da oferta e das estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde, pactuação de compromissos com definição de responsabilidades dos entes e estabelecimento de critérios de monitoramento e avaliação.

É nesse contexto entre a autonomia e a necessidade de interação entre os entes federados, *entre as* especificidades de cada Secretaria/Política do MS e a necessidade de diminuir a fragmentação, da agenda estratégica do SUS e a singularidades dos contextos locais – que se insere a discussão da estratégia do Apoio Integrado como forma de potencializar uma maior horizontalidade e cooperação nas relações interfederativas, construindo a regionalização e as redes de atenção, contratualizando o desenvolvimento de práticas de atenção e de gestão que produzam acolhimento com ampliação do acesso e da qualidade no SUS.

2 APOIO INSTITUCIONAL INTEGRADO

A expressão “*apoiador institucional*” começa a ser utilizada em 1998 para se referir à função que ultrapassa as denominações sugeridas pela Teoria Geral da Administração para as pessoas que trabalham com alguma forma de apoio às Organizações, como as de “assessor”, “consultor” ou “supervisor”.

Na perspectiva aqui colocada, a *função apoio institucional* se concretiza num modo inovador de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, com o objetivo de fomentar e acompanhar processos de mudança nas organizações, ressignificando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão. Ofertar suporte aos movimentos de mudança deflagrados por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança é tarefa primordial do apoio. As diretrizes do apoio institucional integrado são a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos, aproveitando as lacunas para ativar movimentos que produzam diferença/ruptura com o que está instituído, ou seja, que busque novos modos de produção da atenção e da gestão na saúde e maior implicação e satisfação dos trabalhadores com seu próprio trabalho.

Assim, o apoiador institucional integrado deve estar sempre inserido em movimentos coletivos, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir as organizações. É, portanto, na articulação entre o cuidado e a gestão – em que estes domínios se interferem mutuamente – que a função de apoio se apresenta, no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes no interior das organizações. O apoio institucional tem como função:

- Ativar espaços coletivos através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos;
- Reconhecer as relações de poder e afeto e a circulação de saberes, visando à viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais;
- Mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos;
- Atuar em processos de qualificação das ações institucionais, em interação com os coletivos;
- Promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da atenção e da gestão no SUS.

Em síntese, podemos afirmar que o trabalho do apoiador institucional integrado envolve uma tríplice tarefa – ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para produção de objetivos comuns, ampliando a capacidade de tecer uma rede de compromissos, de contratualização entre sujeitos.

O apoiador institucional integrado abre possibilidades para promover articulações, criar novas conexões, produzindo novos territórios no contexto singular em que está atuando. Contribui com elementos técnicos e legais, articula os recursos existentes, incentiva a integração entre pessoas/equipes/serviços/lugares, potencializando a re-invenção do trabalho em saúde no cotidiano.

No Ministério da Saúde, a proposição do apoio institucional ganha espaço a partir de 2003, quando a gestão aponta que, além de formular e financiar, o MS deve induzir a implementação de estratégias coerentes com os princípios e diretrizes do SUS. Compreende-se que não basta definir o que deve ser feito (normas, fiscalização, auditoria), mas apoiar *o como deve ser feito*. Nesse percurso, algumas políticas, como a da AIDS, Saúde Mental e ParticipaSUS, adotaram o apoio institucional como uma de suas estratégias e obtiveram bons resultados.

O apoio institucional implica criar espaços de conversação, de explicitação das diferenças, de pactuação do que fazer, do como fazer. Portanto, é necessário algum grau de cogestão para que trabalhadores possam olhar o próprio trabalho, suas relações dentro do serviço e as relações das equipes com os usuários, a fim de que mudanças possam ocorrer. Nesse mesmo sentido, entende-se por *apoio matricial* o aporte de conhecimentos/tecnologias específicas de uma equipe de trabalho a outra, proporcionando troca de saberes entre todos os participantes das equipes matriciadora e matriciada. No MS, o apoio matricial pode ser desenvolvido por uma equipe de apoiadores temáticos (rede cegonha, saúde mental etc.) ou de uma área/política específica (vigilância em saúde, saúde do homem, coordenação geral de hospitais etc.) com os apoiadores institucionais de um dado território. A relação entre apoiadores institucionais não é de mão única: pode ser demandada pelos apoiadores estaduais/regionais ou locais ou ser ofertada, quando considerado estratégico num dado território.

O apoio institucional proposto pelo Ministério da Saúde implica um modo de relacionar com outros entes (municípios, estados, regiões), para além das normas, além da indução financeira, aprendendo com os efeitos, aprimorando a prática gestora a partir da análise de resultados em grupos plurais e implicados positivamente com mudanças para melhoria do SUS.

A agenda do apoio institucional deve respeitar os diversos gestores em seus níveis de competência, lembrando que a ação federal buscar articular-se com a gestão estadual e/ou municipal, coordenadoras do sistema nas suas esferas, para fortalecer a ação federal/estadual/municipal, na implementação de políticas de saúde sem prejuízo de apoio técnico específico entre eles.

As ações de apoio institucional integrado do Ministério da Saúde deverão priorizar os projetos de cooperação nas regiões de saúde, de modo a promover a ação solidária e cooperativa entre os gestores, objetivando garantir acesso resolutivo e com qualidade de acordo com o Decreto nº 7.508.

As várias secretarias do Ministério da Saúde são articuladas técnica e politicamente em torno de objetivos comuns, para fortalecer a relação com estados e municípios. Assim, o apoio institucional integrado deve cooperar para a implementação da agenda estratégica do Ministério da Saúde, na articulação dos atores implicados e no processo de avaliação e formação.

3 FORMAÇÃO DE APOIADORES INSTITUCIONAIS INTEGRADOS

3.1 Referencial teórico-metodológico

A formação esta centrada no que é comum a todos apoiadores institucionais do MS, ou seja, na agenda estratégica do SUS, pautada na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, tendo como pressuposto pedagógico processos educativos que se baseiam em princípios da educação para adultos. Tais princípios se referem à consideração e à valorização da cultura adquirida pelo ser humano em todo o seu curso vivencial e à necessidade de buscar o desenvolvimento das potencialidades individuais e coletivas que favoreçam compromissos com os processos de troca.

Consideram-se também como pressupostos pedagógicos as profundas modificações no mundo contemporâneo: a velocidade das transformações nas sociedades; o “desmonte” das verdades; a influência dos meios de comunicação; os meios de comunicação potencializados pelo avanço das novas tecnologias e a percepção do mundo como uma rede de relações dinâmicas, em constante transformação.

Nesse contexto, qual o papel da educação? A educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo – de interdependência e de transdisciplinaridade, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva.

O processo de formação de apoiadores institucionais aqui delineado considera o sujeito da aprendizagem como ativo e apto a aprender a aprender, a aprender a fazer, a aprender a conviver e a aprender a ser. A perspectiva é de contribuir com a construção de um sistema público de saúde que seja, de fato, democrático, participativo, na busca da equidade social e da integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade.

Para tanto, propõe a articulação de um novo saber conhecer e de um novo saber fazer como dois momentos da mesma experiência humana, que promovem a superação da padronização, da falsa divisão entre teoria e prática e estimulam a criatividade e o espírito inventivo. No saber conviver, busca-se construir uma relação solidária por meio da ação cooperativa e não individualista entre os vários atores envolvidos no processo de construção das redes de atenção à saúde. A *ética da identidade*, exigida pelo desafio de uma formação voltada para a constituição de identidades responsáveis, solidárias e comprometidas com os princípios éticos e políticos do SUS, pressupõe o saber ser, objetivo máximo da ação que educa e não se limita apenas a transmitir conhecimentos prontos.

A formação dos apoiadores institucionais considerada nesta perspectiva tem a educação permanente como referência estratégica, uma vez que esta se articula aos princípios

e diretrizes do SUS, à atenção integral à saúde e à construção da Redes de Atenção (Portaria GM/MS nº 1.996/2007). Assim, com essa referência, a aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, a aprendizagem significativa e a possibilidade de transformar as práticas profissionais são considerados elementos essenciais.

A educação permanente parte dos problemas enfrentados na realidade do trabalho e implica a valorização dos conhecimentos e das experiências dos trabalhadores. Nesse sentido:

- Requer elaboração, desenho e execução a partir da análise estratégica e da cultura institucional dos serviços de saúde em que se insere;
- Propõe processos de educação a partir da problematização do processo de trabalho;
- Pauta-se pelas necessidades de saúde das pessoas e da população;
- Objetiva a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho.

Nessa forma de conceber educação, o sujeito que aprende é compreendido como cidadão social e historicamente determinado; o objeto a ser apreendido é percebido como complexo, exigindo a integração de conceitos, princípios e técnicas, sem perder de vista a totalidade e a unidade; as instituições e seus atores são incorporados como facilitadores e mediadores do processo de ensino e aprendizagem: organizam e decodificam a estrutura do objeto, buscam estabelecer relações concretas entre teoria, prática e realidade, consideram que o sujeito aprende a partir de seu referencial, de suas formas peculiares de pensar, agir e sentir.

A educação permanente, assim, é uma concepção pedagógica que articula dimensões políticas, metodológicas e de conteúdos, que se referencia aos serviços de saúde, que parte da análise dos problemas do processo produtivo e das exigências do sistema educacional, que valoriza o papel do trabalhador em seu processo de aprendizagem, que utiliza metodologias ativas, visando o favorecimento da interação sujeito – objeto – ambiente de trabalho. A integração ensino – serviço – comunidade, como elemento indissociável da formação, é um processo assentado na compreensão dos campos da educação e da saúde como síntese e expressão de um conjunto de relações sociais. Portanto, estão imbricadas entre si e com os demais processos que impactam o mundo do trabalho e da educação, enquanto processos dinâmicos, definidores de modernização e de desenvolvimento das sociedades.

Ao instigar a integração entre as instituições de ensino, o serviço e a comunidade, a educação permanente possibilita uma leitura e uma intervenção consistente sobre a realidade, valorizando todos os atores e seus diferentes conhecimentos no processo de construção coletiva. Nesse sentido, a problematização das práticas é um potente instrumento ativador dessa integração, pois potencializa a capacidade do sujeito/apoiador em participar como agente de transformação social, durante o processo de detecção de problemas reais e de busca por soluções originais. Marcada pela dimensão política da educação e da

sociedade, o ensino pela problematização procura mobilizar o potencial social, político e ético do sujeito, para que este atue como cidadão e profissional em formação.

O processo de formação dos apoiadores visa potencializar a construção de autonomia e independência na busca dos conhecimentos e ampliar a visão estratégica da educação como construção e possibilidade de transformação da realidade.

3.2 A construção do processo de formação

O *Grupo de Formação de Apoiadores Institucionais* trabalha com o desafio de concretizar o aporte teórico-metodológico referente à formação, com vistas ao desenvolvimento da função apoio. Considera a formação/intervenção como indissociáveis e ressalta a articulação entre atenção/gestão/educação/trabalho em saúde. Isso implica valorizar o conhecimento prévio dos participantes, promover a experimentação da função apoio nos coletivos dos territórios e oferecer ferramentas e referencial teórico que possibilitem colocar a própria função apoio em análise de forma ininterrupta, considerando prática - teoria - prática.

O desafio desta proposta é fomentar o trabalho dos apoiadores em redes, seja em redes de comunicação entre apoiadores institucionais do MS; entre apoiadores do MS e das SES, entre estes e municípios/regiões, entre estes e instituições de ensino, entre estes e as políticas públicas, em que as articulações virtuais e presenciais podem favorecer a integração. Nesse caminho, é necessária a identificação do campo comum a todos os apoiadores em um dado território e, ao mesmo tempo, identificar e valorizar as especificidades e possibilidades de matriciamento.

Para viabilizar esse processo, está em curso um conjunto de atividades, que incorporam:

- Parceria entre MS e Fiocruz;
- Realização de oficinas de formulação do projeto político pedagógico;
- Elaboração dos cadernos de apoio; balizamento de referencial teórico;
- Construção da oficina de acolhimento para apoiadores; integração entre apoiadores que estão sendo contratados no âmbito do QualiSUS-Rede e apoiadores das várias Secretarias do MS com mesma base territorial;
- Definição de diretrizes para as oficinas estaduais;
- Apoio da Escola Nacional de Administração Pública/ENAP, no aporte de tecnologias de planejamento e moderação de grupo;
- Estabelecimento de parceria com a UnA-SUS para a construção de ambiente virtual de formação, com o objetivo de promover interlocução e integração entre os apoiadores nos diferentes espaços de atuação;

- Agenda de educação permanente, com encontros presenciais e pactuação de atividades a distância.

Os processos de análise situacional em cada região de saúde, a identificação de prioridades, a definição de objetivos, metas e estratégias, bem como o monitoramento e a avaliação dos projetos geram demandas específicas para o apoiador institucional integrado na busca da coerência com as diretrizes ético-políticas do MS. Ademais, coloca o apoiador institucional na condição de agenciador e articulador das várias possibilidades de matriciamento, de acordo com as necessidades geradas nesse processo. Esses elementos são, portanto, potenciais dispositivos pedagógicos para a análise da função apoio e são considerados como disparadores importantes para a reflexão e co-construção desse *papel*.

A formação busca propiciar espaços de reflexão sobre a dimensão das ações desenvolvidas pelo apoiador institucional, resgatando a força criadora e a espontaneidade em uma co-criação do modo de pensar e vivenciar este papel. Busca proporcionar um processo de ação – reflexão – ação considerando o potencial humano inato: o intuitivo, o emotivo, o imaginário e o criativo, assim como o racional, o lógico, o cognitivo e o verbal. Dessa forma, busca favorecer as ações de agir e pensar o trabalho em saúde e o papel de apoiador baseados na co-construção de modos de fazer pautados em diretrizes ético-políticas.

3.3 O papel de apoiador institucional

O estudo dos papéis sociais abre ampla margem para a compreensão do indivíduo na sociedade, para o desenvolvimento de sua subjetividade e processos intersubjetivos. Nesse sentido, os papéis sociais são uma “forma de funcionamento que o indivíduo assume no momento específico em que reage a uma situação específica, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos” (MORENO, 1984).

Quando falamos de ação, papéis sociais, cultura e personalidade, buscamos algo que enrede todos esses fios em um tecido chamado vínculo, grupo e sociedade, tendo a afetividade como núcleo gerador das redes sociais, ou seja, aquilo direciona e motiva o ser humano para a formação dos vínculos.

O contexto atual do SUS tem gerado muitos movimentos de mudanças, conjugando esforços no sentido de: ampliar a participação dos sujeitos (atores sociais e políticos), diminuir a fragmentação entre políticas de saúde, criar espaços coletivos de formulação e implementação de estratégias e fortalecer as relações entre os entes federados. Desse modo, percebemos como oportuno a busca de um balizamento teórico-metodológico que fundamente a ação dos trabalhadores que estão no Ministério da Saúde e exercem a função apoio e daqueles que estão sendo incorporados para tal. Esse balizamento potencializará a implementação da agenda estratégica do SUS, fomentando integração e qualificação internamente no MS, na relação interfederativa (União, estados e municípios) e entre gestores, trabalhadores e usuários.

Constituiu-se, assim, um grupo de trabalho composto por representantes de todas as secretarias do MS como *Grupo de Formação de Apoiadores Institucionais*, coordenado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/SGTES, com apoio da Fiocruz. Este grupo tem como responsabilidade a formulação e o acompanhamento do projeto político-pedagógico, devendo, então, construir um modo de fazer referenciado nas diretrizes, estratégias e políticas pactuadas em todas as instâncias do SUS. Nesse sentido, são seus pressupostos:

- Desenvolver metodologia que favoreça o protagonismo dos sujeitos e a construção de coletivos;
- Ter como foco as possibilidades de transformação da realidade e dos processos de trabalho;
- Favorecer a interação entre os atores envolvidos no processo de aprendizagem;
- Reconhecer a reflexão sobre a prática como orientadora da construção e sistematização coletiva do conhecimento.

Objetivos da formação

Geral

Formar apoiadores para a implementação de políticas públicas orientadas para o acolhimento e a ampliação do acesso com qualidade no âmbito do SUS, na perspectiva da cooperação interfederativa.

Específicos:

- Desenvolver competências para o apoio institucional integrado aos processos de gestão e de produção de saúde em rede;
- Favorecer a integração entre áreas técnicas, processos e atores da atenção e da gestão contribuindo para a efetivação das políticas e estratégias prioritárias;
- Apoiar a implementação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica, de redes temáticas, dos subprojetos do QualiSUS-Rede e dos instrumentos e dispositivos do Decreto nº 7.508/2011, conforme prioridades pactuadas nas regiões;
- Apoiar o processo de planejamento integrado, monitoramento e avaliação das políticas de saúde;
- Contribuir no desenvolvimento de processos de gestão da educação e do trabalho em saúde;
- Desenvolver processos de educação permanente, que favoreçam o apoio institucional integrado.

3.3.1 Competências do apoiador institucional – perspectivas da função apoio

O processo de formação será desenvolvido buscando-se uma práxis pedagógica comprometida com a emancipação e o desenvolvimento de competências. Assim, considerando a polissemia e a complexidade que envolve o paradigma das competências, o processo de formação do apoiador institucional toma como referência a articulação de três conceitos de competência:

- Capacidade de ação eficaz face a um conjunto de situações que conseguimos dominar por que dispomos [...] dos conhecimentos necessários [...], da capacidade de mobilizá-los da maneira certa e no tempo oportuno, para identificar e resolver problemas (PERRENOUD, 2000).
- Conceito de natureza correlativa – união de atributos e tarefas. Incorpora: a necessidade holística, o contexto, a cultura, a ética, os valores, a necessidade reflexiva e a possibilidade de haver mais de uma forma de trabalhar competentemente (GONCZI, 1997).
- Capacidade de enfrentar – com iniciativa e responsabilidade, guiados por uma inteligência prática do que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores para mobilizar suas capacidades – situações e acontecimentos próprios de um campo profissional (ZARIFIAN, 1999).

A análise desses conceitos remete-nos à compreensão de que a competência é complexa, pois não significa soma, mas organização dinâmica de seus componentes; é multidimensional, pois articula várias dimensões de saberes – cognitivos, técnicos, organizacionais, comunicativos, éticos, socioafetivos, sociopolíticos; é evolutiva, apoiando-se nos recursos existentes e inscrita em uma visão de formação a longo prazo; e é interativa, pois se desenvolve em contextos variados.

Podemos afirmar, então, que a competência é um saber-agir fundado na mobilização de vários recursos/saberes e está relacionada ao contexto e às condições de sua utilização (existência dos recursos).

Considerando-se a experiência acumulada em relação à função de apoiador institucional e a análise do papel desse ator, identificamos seis dimensões em seu processo de trabalho: apoio à estruturação e gestão da Rede de Atenção à Saúde; promoção de articulações; favorecimento da construção de espaços coletivos de reflexão; avaliação dos processos; contribuição com os processos de qualificação; contribuição com os processos de inovação nas relações de trabalho.

A partir dessas dimensões, propomos que o apoiador institucional desenvolva as seguintes competências:

- Fomentar o desenvolvimento das ações estratégicas para a estruturação e a gestão da Rede de Atenção à saúde nas regiões;
- Promover as articulações necessárias ao alinhamento de projetos com as diretrizes políticas nacionais, ao fortalecimento do trabalho dos apoiadores institucionais e destes com as equipes gestoras, na sua região;

- Contribuir para a construção de espaços coletivos de reflexão sobre as práticas de atenção e de gestão, a fim de favorecer a co-responsabilização e sistematização de decisões;
- Avaliar o desempenho dos indicadores e metas pactuados, identificando dificuldades para seu alcance e apoiando a mobilização de recursos necessários para a superação dos problemas;
- Contribuir com os processos de qualificação do cuidado em saúde, incentivando a definição e a implantação de protocolos clínicos, linhas de cuidado e processos de qualificação dos trabalhadores;
- Colaborar na análise das instituições, inserindo-se nos movimentos coletivos e buscando novos modos de ser e de proceder dos sujeitos e das organizações.;
- Apoiar processos de negociação e pactuação no contexto do processo de contratualização intergestores.

Depois de validadas, serão identificados os saberes que compõem cada uma destas competências, considerando-os em suas dimensões cognitiva, ética, socioafetiva, comunicacional e técnica.

De uma forma geral, identificamos alguns campos do conhecimento que conformam essas competências:

- Produção de saúde/processo de trabalho em saúde;
- Rede de Atenção à Saúde;
- Planejamento estratégico em saúde;
- Políticas de saúde;
- Apoio institucional/Apoio integrado;
- Educação permanente em saúde;
- Gestão em saúde – Gestão participativa e cogestão;
- Gestão de projetos – Gestão da clínica em redes;
- Comunicação para a ação;
- Manejo de grupo, mediação de conflito, produção de subjetividades (instrumento para ação).

3.4 O processo ensino e aprendizagem

O processo ensino e aprendizagem que será organizado para facilitar o desenvolvimento da função de apoiador institucional integrado a ser construída ou potencializada em ato e integrada nas relações federativas está ancorado nas teorias construtivistas e na metodologia científica.

A combinação entre os elementos experiência, ambiente e capacidades individuais e coletivas permite a existência de diferentes maneiras de aprender. Ao realizar aprendizagens significativas, os apoiadores reconstróem a realidade, atribuindo-lhe novos sentidos e significados. Para o adulto, esse significado é construído em função de sua motivação para aprender e do valor potencial que os novos saberes têm em relação a sua utilização na vida pessoal e profissional. O processo que favorece a aprendizagem significativa requer uma postura ativa e crítica por parte daqueles envolvidos na aprendizagem e está ancorado no modo como o novo conteúdo é incorporado às estruturas de conhecimento prévio do sujeito, adquirindo significado a partir desta relação.

A problematização das situações enfrentadas nos territórios será a principal estratégia para o desenvolvimento dessa aprendizagem, pois possibilita a construção de novos conceitos e paradigmas, a oportunidade de disparar processos de mudanças efetivas no modo de produzir a função apoio institucional integrado. Ademais, possibilita aos apoiadores participar da construção coletiva dos projetos na região de saúde, valendo-se do diagnóstico e do planejamento compartilhados, base para o desenvolvimento das mudanças.

3.5 Estratégias e recursos pedagógicos

As atividades educacionais serão abordadas com diferentes estratégias pedagógicas ajustadas aos objetos e objetivos da aprendizagem. Serão propostas atividades presenciais e a distância. Para o desenvolvimento das estratégias pedagógicas, serão privilegiados alguns recursos:

Atividade em pequeno grupo: espaços de interação e construção de conhecimentos organizados em diferentes formatos de modo a potencializar a troca entre participantes, facilitadores, expositores, consultores, coordenadores e outros.

Plenárias: atividades desenvolvidas pelos grupos que compartilham entre si suas sínteses e produções. Cumprem o papel de uma nova síntese ampliada.

Narrativas: atividade organizada para o processamento de situações a partir das experiências, proporcionando, de forma mais direta e intensa, a reflexão dos contextos locais. Abre espaço significativo para o desenvolvimento de algumas capacidades, tais como a ampliação da escuta, da percepção e da dimensão afetiva.

Dramatização: propõe o exercício da espontaneidade e da criatividade, a aprendizagem de papéis e o desenvolvimento das redes relacionais como elementos facilitadores e transformadores do desenvolvimento social e pessoal do ser humano.

Ambientes virtuais de interação: web conferências, fóruns, chats.

3.5.1 Avaliação

A avaliação será uma atividade permanente, crítico-reflexiva, tanto para aportar o planejamento e o desenvolvimento das atividades pedagógicas como para o acompanhamento do processo ensino e aprendizagem. Objetiva visualizar avanços e detectar dificuldades, subsidiando ações para a contínua qualificação do processo, dos produtos e dos resultados. O desafio é organizar processos avaliativos potencialmente capazes de mobilizar sujeitos e instituições para uma prática transformadora.

3.6 A construção esperada

A etimologia da palavra “tecer” tem a mesma raiz do prefixo “tecno”, usado para descrever o trabalho daqueles que, a partir da combinação e integração de elementos primários, criavam novas estruturas, novos elementos, novas coisas. Ou seja, assim como o tecelão, o técnico é, em sua essência, um artista.

O espaço-tempo onde se constrói o projeto de apoio institucional integrado do MS nos remete a um processo de tecelagem, considerando a história de consolidação do SUS um constante tecer. A tecelagem é a arte de entrelaçar fios de trama (transversal) e urdidura (longitudinal), cujo resultado é o tecido.

A urdidura é um conjunto de fios postos paralelamente no tear por onde a trama se movimenta. Considerando a estrutura tripartite do SUS e a autonomia dos entes federados como a urdidura, a base norteadora, os seus atores técnico- políticos desempenham o papel da trama, o entrelaçando em ato, a partir da realidade locorregional e das subjetividades geradas e geridas nas relações institucionais e nos processos de trabalho em saúde, tecendo o tecido do cuidado e da atenção na Rede de Atenção à Saúde.

A tecitura da RAS nos convida para o reconhecimento da colorida trama de determinações e relações estabelecidas, projetadas e construídas com suas subjetividades, nem sempre percebidas, mas que fazem a diferença não apenas no que se pretende realizar, mas no que cada um *acredita* realizar.

A formação de apoiadores institucionais para a consolidação do SUS é também a tecitura dos multi-tons que compõem o seu tecido, embasados na urdidura que o SUS sustenta com seus princípios éticos e diretrizes políticas.

O processo de tecelagem pressupõe um motivo que sirva de mote e a partir do qual

o tecido se desenvolve, selecionando formas e cores que o irão compor. O motivo que direciona a disposição da urdidura e o correr da trama está presente na construção permanente de estratégias de fomentação de coletivos capazes de construir respostas éticas, estéticas e políticas, tendo como fim último a consolidação da atenção à saúde integrada, eficiente e efetiva, embasada em gestão participativa e solidária, a partir de alguns efeitos alcançados/produzidos:

- Avanço no grau de integração entre as políticas de saúde e destas com outras políticas públicas;
- Ampliação da democracia institucional e maior capacidade de contratualização entre os entes federados;
- Construção e consolidação de metodologias de apoio, de construção de redes, de processos de monitoramento e avaliação;
- Maior apropriação de ferramentas de gestão pelos gestores e trabalhadores;
- Educação Permanente desenvolvida durante todo o processo;
- Viabilizar a experiência de sujeitos capazes de realizar projetos e de determinar sua história pessoal dentro da história social e política, gerando implicação e compromisso a partir da identificação de potencialidades na integração de projetos e pessoas, sujeitos da história, produzindo e co-produzindo novos e melhores modos de andar a vida.

Então, pode-se afirmar que esse processo sustenta-se na tecnologia e nos processos das relações entre as pessoas, de interação, de vínculo, de escuta, de intersubjetividade. O objetivo é fortalecer os compromissos com o SUS, refletindo/contribuindo para efetivar o acesso com qualidade e uma atenção integral que promova a transformação das práticas e o desenvolvimento da função apoio para a implementação da agenda estratégica do SUS, ampliando a capacidade de análise e de intervenção de trabalhadores, gestores e usuários.

Enfim, tecendo juntos o tecido da vida...

CRONOGRAMA

Quadro 1 - Cronograma das atividades

DATA	ATIVIDADE		PARTICIPANTES
23 a 28 de outubro de 2011	Oficina de Acolhimento	DURANTE TODO O PROCESSO	200 apoiadores das bases territoriais das 15 regiões QualiSUS-Rede e de outras regiões do país.
Novembro/ Dezembro de 2011 e Janeiro de 2012	Oficina nas 15 regiões, com participação dos apoiadores do QualiSUS-Rede	FORMATIVO, OS APOIADORES TERÃO A PLATAFORMA UnA-SUS, COMO ESPAÇO	Apoiadores das 15 regiões, representantes dos municípios que compõem a região do Projeto, representantes de SES e do Cosems
2012 / 2013	Encontros presenciais a cada 3 meses para EP dos apoiadores ou quando o coletivo julgar necessário. Oficinas em datas a serem definidas	VIRTUAL DE DIÁLOGO, ACOMPANHAMENTO E TROCA DE CONHECIMENTO.	Coletivos de apoiadores do MS aos 26 estados e DF.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, M. *Teatro espontâneo e psicodrama*. São Paulo: Ágora, 1998.
- BARROS, M. A.; CYRILLO, C. C. P. A dramatização como recurso no processo ensino-aprendizagem na disciplina de história da enfermagem. *Cogitare enfermagem*, Curitiba, v. 11, n. 1., 2006.
- BARROWS, H. S.; TAMBLYN, R. M. *Problem-based learning*. New York: Springer Press, 1980
- BORDENAVE, J.; PEREIRA, A. *A estratégia de ensino aprendizagem*. 26. ed. Petrópolis: Vozes. 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_1996-de_20_de_agosto-de-2007.pdf>. Acesso em: 11 Out. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Apoio Integrado à Gestão Descentralizada do SUS*. Brasília, 2004 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_18.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 11 Out. 2011.
- 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*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Cartilha gestão participativa e co-gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Cartilha redes de produção de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>>. Acesso em: 11 Out. 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS*. 2. ed. Brasília: Editora do MS, 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108545-1459.html>>. Acesso em: 11 Out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1600-\[4800-130911-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/legislacao/1600-[4800-130911-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 11 Out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>. Acesso em: 11 Out. 2011.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regula a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 11 Out. 2011.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson; ONOCKO, Rosana. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde, produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, p. 863-870, out/dez, 1998.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 393-403, 2006

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R. A.; MATTOS, A. *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/ABRasco, 2001.

COLL, C. *Psicologia e currículo: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar*. São Paulo: Ática, 2000.

DAVINI, M. C. *Do processo de aprender ao processo de ensinar*. [Brasília: s.n., 1983].

DAVINI, M. C. Problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos em saúde. In: CAMPOS, F. E. et al. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 40-58. (Série Pactos pela Saúde).

- FARIA, Letícia Maria Santos de. **Dramatização didática**. Rio de Janeiro: INEP, 1975.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FUKS, H.; RAPOSO, A. B.; GEROSA, M. A. Engenharia de groupware: desenvolvimento de aplicações colaborativas. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE COMPUTAÇÃO, 22., 2002, Florianópolis. Anais... Florianópolis: SBC, 2002. v. 2. p. 89-128.
- FURLAN, P.; AMARAL, M. A. O método de apoio Institucional Paidéia aplicado à formação de profissionais da Atenção Básica em Saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. **Manual de práticas de atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2008.
- FURTER, P. **Educação permanente e desenvolvimento cultural**. Petrópolis: Vozes, 1975.
- GONCZI, A. Problemas asociados con la implementación de la educación basada em la competencia: de lo atomístico a lo holístico. In: SEMINARIO INTERNACIONAL SOBRE FORMACIÓN BASADA EN COMPETENCIA LABORAL: SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS, 1., Guanajuato, México, 1996. Documentos apresentados. Cinterfor, 1997. p. 161-169.
- KASTRUP, V.; BARROS, R. B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- KASTRUP, V. O método da cartografia e os quatro níveis da pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- KOUDELA, Ingrid Dormien. **Jogos teatrais**. São Paulo: Perspectiva, 1998.
- MERHY, Emerson Elias. **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, dez. 2008.
- MORENO, J. L. **O teatro da espontaneidade**. São Paulo: Ed. Summus, 1984.
- OLIVEIRA, G.N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Campinas, 2011
- Onocko Campos, R. **A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas**. In: Campos, G.W.S. *Saúde Paidéia*, 1, ;Ed.São Paulo: Hucitec, 2003
- OPAS; OMS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate**. Brasília, 2010. Série Navegador SUS. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/apsredes/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=64>. Acesso em: 11 Out. 2011.
- PASCHE, D. F.; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde aposta da política de humanização da saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 423- 432, jul./set., 2010.

PASSOS, E. A cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 151-172.

PELIZZARI, A. et al. Teoria da Aprendizagem Significativa segundo Ausubel. *Revista PEC, Curitiba*, v. 2, n. 1, p. 37-42, 2001/2002.

PERRENOUD, P. *Construire des compétences dès l'école*. Paris: [s.n.], 2000.

SCHMIDT, H. G. Problem-based learning: rationale and description. *Med. Educ.*, [S.l.], v. 17, p. 11-16, 1983.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde; UNESCO, 2002. 725 p.

SANTOS-FILHO, S. B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da Saúde do Trabalhador e do Humanizamus: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Orgs). *Trabalhador da saúde: muito prazer!: protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Unijuí, 2007.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 2003.

TEIXEIRA, R. R. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 9, n. 17, p. 219-234, 2005.

TUROFF, M.; HILTZ, S. R. Computer support for group versus individual decisions. *IEEE Transactions on Communications, USA*, v. 30, n. 1, p. 82-91, 1982.

VASCONCELOS, M. F.; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na Saúde Coletiva. *Interface: Comunicação Saúde Educação, Botucatu*, v. 13, suplemento 1, p. 729-38, 2009.

VENTURELLI, J. *Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos*. Washington (DC): OPS/ OMS, 1997. (Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000, 5).

ZARIFIAN, P. *El modelo de competencia y los sistemas productivos*. Montevideo: Cinterfor, 1999.

Legislação

Portaria nº 4.279/2010: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

Decreto nº 7.508/2011: Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm

Portaria nº 1.459/2011: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha.

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Portaria nº 1.600/2011: Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html

Portaria nº 1.654/2011: Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html

Fontes de informações epidemiológicas e de análise da situação de saúde

- (www.datasus.gov.br -> Tab net -> informações em saúde)

Nesta seção, o DATASUS disponibiliza informações que podem subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde.

São encontrados dados de mortalidade e de sobrevivência (estatísticas vitais, mortalidade e nascidos vivos), dados das doenças infecciosas (informações epidemiológicas e morbidade), dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, dados de assistência à saúde da população, os cadastros (rede assistencial) das redes hospitalares e ambulatoriais, o cadastro dos estabelecimentos de saúde, além de informações sobre recursos financeiros e informações demográficas e socioeconômicas. Além disso, em Saúde Suplementar, são apresentados links para as páginas de informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

- www.datasus.gov.br -> informações em saúde -> indicadores de saúde -> sala de situação

Nesta seção, o DATASUS disponibiliza informações:

1. Socioeconômicas: apresenta aspectos socioeconômicos, demográficos e territoriais.
2. Ações em saúde: possibilita o acompanhamento das metas físicas, coberturas e repasses financeiros.
3. Situação de saúde: disponibiliza indicadores epidemiológicos e operacionais relacionados a doenças e agravos.
4. Gestão em saúde: aborda a execução orçamentária do Ministério da Saúde, por unidade orçamentária, programas e ações.

- www.datasus.gov.br -> informações em saúde -> indicadores de saúde -> indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011.

Estão disponíveis, nestas páginas, os indicadores do Pacto pela Saúde 2010/2011, estabelecidos a partir da Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009, publicada no D.O.U., de 6 de novembro de 2009, e pela Portaria nº 3.840, de 7 de dezembro de 2010, publicada no D.O.U., de 10 de dezembro de 2010, calculados a partir das bases nacionais dos diversos sistemas do Ministério da Saúde.

- www.datasus.gov.br -> Tab net -> informações em saúde

Neste site, o DATASUS disponibiliza informações que podem subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde.

São encontrados, nesta seção, dados de mortalidade e de sobrevivência (estatísticas vitais - mortalidade e nascidos vivos), dados das doenças infecciosas (informações epidemiológicas e morbidade), dados de morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, dados de assistência à saúde da população, os cadastros (rede assistencial) das redes hospitalares e ambulatoriais, o cadastro dos estabelecimentos de saúde, além de informações sobre recursos financeiros e informações demográficas e socioeconômicas. Além disso, em saúde suplementar, são apresentados links para as páginas de informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

COLABORADORES

NOME	UNIDADE/ÓRGÃO
Adail de Almeida Rollo	SE
Alexandre Almeida Soares	SGEP
Ana Estela Haddad	SGTES
Ana Maria Johnson de Assis	SVS
Ana Maria Sobreiro Maciel	SVS
Andre Luis Bonifácio Carvalho	SGEP
André Vinicius Pires Guerrero	FIOCRUZ
Adriano Massuda	SE
Antonio Neves Ribas	SAS
Cinthia Sampaio Cristo	SAS
Clarice Aparecida Ferraz	SGTES
Cláudia Maria da Silva Marques	OPAS
Dagoberto Oliveira Machado	SAS
Eduardo Alves Melo	SAS
Eduardo Xavier da Silva	SGTES
Fabio Luiz Alves	SMS Campinas/SP
Glória Delfim Costa e Silva Walker	SE
Gustavo Nunes de Oliveira	SAS
Isabel Maria Vilas Boas Senra	SGEP
José Eduardo de Godoy e Vasconcellos	SE
Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos	SAS
Michele de Freitas Faria de Vasconcelos	SAS
Mônica Diniz Durães	SGTES
Mônica Sampaio de Carvalho	SGEP
Regina Coeli Pimenta Mello	SVS
Samia Nadaf de Melo	SGTES
Sueli Moreira Rodrigues	SAS



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010

Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;

Considerando a Portaria GM/MS Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto;

Considerando a Portaria GM/MS Nº 699, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando que a Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante do Pacto de Gestão e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e a organização da Rede de Atenção à Saúde;

Considerando a necessidade de definir os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da Rede de Atenção à Saúde, bem como as diretrizes e estratégias para sua implementação;

Considerando a decisão dos gestores do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada no dia 16 de dezembro de 2010, resolve:

Art. 1º Estabelecer diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do SUS, na forma do Anexo a esta Portaria.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO

À SAÚDE DO SUS

O presente documento trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Esse documento estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS, entendendo que o seu aprofundamento constituirá uma série de temas técnicos e organizacionais a serem desenvolvidos, em função da agenda de prioridades e da sua modelagem.

O texto foi elaborado a partir das discussões internas das áreas técnicas do Ministério da Saúde e no Grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite, composto com representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Ministério da Saúde (MS).

O conteúdo dessas orientações está fundamentado no arcabouço normativo do SUS, com destaque para as Portarias do Pacto pela Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Promoção a Saúde (PNPS), na publicação da Regionalização Solidária e Cooperativa, além das experiências de apoio à organização da RAS promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em regiões de saúde de diversos estados.

O documento está organizado da seguinte forma: justificativa abordando por que organizar rede de atenção à saúde, os principais conceitos, fundamentos e atributos da rede de atenção à saúde, os elementos constitutivos da rede, as principais ferramentas de microgestão dos serviços e, diretrizes com algumas estratégias para a implementação da rede de atenção à saúde.

1. POR QUE ORGANIZAR REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

Embora sejam inegáveis e representativos os avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, torna-se cada vez mais evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual.

O modelo de atenção à saúde vigente fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, tem se mostrado insuficiente para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros.

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país.

Conseqüentemente, a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento

público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS).

Considera-se, ainda, o atual perfil epidemiológico brasileiro, caracterizado por uma tripla carga de doença que envolve a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição características de países subdesenvolvidos, importante componente de problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis, e o desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito, trazendo a necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, as condições agudas.

Superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Essa decisão envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, implica no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do Sistema, expresso por uma "associação fina da técnica e da política", para garantir os investimentos e recursos necessários à mudança.

A solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento da RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população.

Experiências têm demonstrado que a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; são mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

No Brasil, o debate em torno da busca por maior integração adquiriu nova ênfase a partir do Pacto pela Saúde, que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de Rede como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade, se efetivando em três dimensões:

Pacto Pela Vida: compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Pacto em Defesa do SUS: compromisso com a consolidação os fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS.

Pacto de Gestão: compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde.

O Pacto de Gestão estabeleceu o espaço regional como lócus privilegiado de construção das responsabilidades pactuadas, uma vez que é esse espaço que permite a integração de políticas e programas por meio da ação conjunta das esferas federal, estadual e municipal.

A construção dessa forma de relações intergovernamentais no SUS requer o

cumprimento das responsabilidades assumidas e metas pactuadas, sendo cada esfera de governo co-responsável pela gestão do conjunto de políticas com responsabilidades explicitadas.

Em sintonia com o Pacto pela Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder as condições crônicas e as condições agudas e promover ações de vigilância e promoção a saúde, efetivando a APS como eixo estruturante da RAS no SUS.

No campo das políticas públicas, comprometida com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do Sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação. Nesse processo, o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania.

2. CONCEITOS

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado

O objetivo da RAS 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.

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutive dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.

Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular.

São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros.

Todos os pontos de atenção a saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam.

Para assegurar seu compromisso com a melhora de saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema, faz-se necessária a criação de mecanismos formais de contratualização entre

os entes reguladores / financiadores e os prestadores de serviço.

Quando esses contratos abrangem todos os pontos de atenção da rede o Sistema passa a operar em modo de aprendizagem, ou seja, a busca contínua por uma gestão eficaz, eficiente e qualificada, de forma a proporcionar a democratização e a transparência ao SUS.

A contratualização/contratos de gestão, nesse contexto, pode ser definida como o modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa na definição clara de responsabilidades, de objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação um compromisso explícito entre ambas as partes. Esse processo deve resultar, ainda, na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos. Dentre os objetivos da contratualização destacam-se:

Melhorar o nível de saúde da população;

Responder com efetividade às necessidades em saúde;

Obter um efetivo e rigoroso controle sobre o crescimento das despesas de origem pública com a saúde;

Alcançar maior eficiência gestora no uso de recursos escassos, maximizando o nível de bem-estar;

Coordenar as atividades das partes envolvidas;

Assegurar a produção de um excedente cooperativo;

Distribuir os frutos da cooperação;

Assegurar que os compromissos sejam cumpridos; e

Disponibilizar, em tempo útil, a informação de produção, financiamento, desempenho, qualidade e acesso, de forma a garantir adequados níveis de informação ao cidadão.

Para atingir esses objetivos as partes adotam em três áreas de aplicação que são: cuidados primários, atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) e cuidados de urgência e emergência.

A inovação desse modelo de contrato de gestão está em "contratualizar a saúde e não apenas cuidados de saúde, obtendo macroeficiência para o conjunto do sistema" - e para a superação de problemas cruciais como:

Passar de uma abordagem populacional isolada (hospitais ou centros de saúde) para uma contratualização de âmbito da região de saúde, seguindo critérios de adscrição da população estratificada por grau de risco, e abordando os diversos estabelecimentos de saúde em termos de uma rede de cuidados;

O contínuo aumento dos gastos para a prestação de serviços de alto custo devido ao tratamento tardio de condições e agravos sensíveis à APS, pela introdução de ferramentas de microgestão e incentivos financeiros para pagamento por desempenho individual e institucional;

Promover a participação efetiva do cidadão e da comunidade no processo de contratualização, nomeadamente através da participação organizada e permanente dos

utentes.

Considerando a necessidade de fortalecimento da APS vigente, no que se refere à prática dos seus atributos essenciais, a contratualização das ações de saúde a partir do primeiro nível de atenção, tem sido apontada como instrumento potente para induzir responsabilização e qualidade, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde.

Adicionalmente, estratégias de articulação como a análise da situação de saúde; a interoperabilidade entre os vários sistemas de informação; a existência de complexos reguladores; as ações de educação permanente e de educação popular em saúde e o planejamento participativo são igualmente importantes para superar para a implementação de um modelo de atenção de saúde pautado na defesa da vida.

Os problemas vivenciados na área de educação e da gestão do trabalho necessitam de ações estratégicas. Nesta concepção, o trabalho deve ser visto como uma categoria central para uma política de valorização dos trabalhadores de saúde. É necessário visualizar o trabalho como um espaço de construção de sujeitos e de subjetividades, um ambiente que tem pessoas, sujeitos, coletivos de sujeitos, que inventam mundos e se inventam e, sobretudo, produzem saúde.

Portanto, o trabalho é um lugar de criação, invenção e, ao mesmo tempo, um território vivo com múltiplas disputas no modo de produzir saúde. Por isso, a necessidade de implementar a práxis (ação-reflexão-ação) nos locais de trabalho para a troca e o cruzamento com os saberes das diversas profissões.

É importante ressaltar que na disputa dos interesses, o que deve permanecer é o interesse do usuário cidadão. Portanto, os problemas de saúde da população e a busca de soluções no território circunscrito devem ser debatidos nas equipes multiprofissionais.

Além da valorização do espaço do trabalho, há necessidade de buscar alternativas para os problemas relacionados a não valorização dos trabalhadores de saúde. Assim, todos os profissionais de saúde podem e devem fazer a clínica ampliada, pois escutar, avaliar e se comprometer na busca do cuidado integral em saúde são responsabilidades de toda profissão da área de saúde.

Além disso, é preciso considerar e valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio matricial a fim de construir modos para haver a correponsabilização do profissional e do usuário.

O trabalho vivo reside principalmente nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar. É o momento de se pensar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização com o cuidado. O foco do trabalho vivo deve ser as relações estabelecidas no ato de cuidar que são: o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado. Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados a partir desta relação e não o contrário como tem sido na maioria dos casos.

3. FUNDAMENTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados:

3.1 Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso e Disponibilidade de Recursos
Economia de escala, qualidade e acesso são a lógica fundamental na organização da rede de atenção à saúde.

A Economia de Escala - ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior

número dessas atividades, sendo o longo prazo, um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. Desta forma, a concentração de serviços em determinado local racionaliza custos e otimiza resultados, quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizem sua instalação em cada município isoladamente.

Qualidade - um dos objetivos fundamentais do sistema de atenção à saúde e da RAS é a qualidade na prestação de serviços de saúde. A qualidade na atenção em saúde pode ser melhor compreendida com o conceito de graus de excelência do cuidado que pressupõe avanços e retrocessos nas seis dimensões, a saber: segurança (reconhecer e evitar situações que podem gerar danos enquanto se tenta prevenir, diagnosticar e tratar); efetividade (utilizar-se do conhecimento para implementar ações que fazem a diferença, que produzem benefícios claros aos usuários); centralidade na pessoa (usuários devem ser respeitados nos seus valores e expectativas, e serem envolvidos e pró-ativos no cuidado à saúde); pontualidade (cuidado no tempo certo, buscando evitar atrasos potencialmente danosos); eficiência (evitar desperdício ou ações desnecessárias e não efetivas), e equidade (características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde).

Suficiência - significa o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, realizados com qualidade.

Acesso - ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Deverão ser estabelecidas alternativas específicas na relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e custo, para garantir o acesso, nas situações de populações dispersas de baixa densidade populacional, com baixíssima oferta de serviços. O acesso pode ser analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários:

A disponibilidade diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade.

A comodidade está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros.

A aceitabilidade está relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e à aparência do serviço, à aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, a aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento.

Disponibilidade de Recursos - é outro fator importante para o desenvolvimento da RAS. Recursos escassos, sejam humanos ou físicos, devem ser concentrados, ao contrário dos menos escassos, que devem ser desconcentrados.

3.2 Integração Vertical e Horizontal

Na construção da RAS devem ser observados os conceitos de integração vertical e horizontal, que vêm da teoria econômica e estão associados à concepções relativas às cadeias produtivas.

Integração Vertical - consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade neste processo).

Integração Horizontal: consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade. É utilizada para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica na provisão de ações e serviços de saúde através de ganhos de escala (redução dos custos médios totais em relação ao volume produzido) e

escopo (aumento do rol de ações da unidade).

3.3 Processos de Substituição

São definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis.

Esses processos são importantes para se alcançar os objetivos da RAS, no que se refere a prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo.

A substituição pode ocorrer nas dimensões da localização, das competências clínicas, da tecnologia e da clínica. Ex: mudar o local da atenção prestada do hospital para o domicílio; transição do cuidado profissional para o auto-cuidado; delegação de funções entre os membros da equipe multiprofissional, etc.

3.4 Região de Saúde ou Abrangência

A organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços.

A definição adequada da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e o município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso.

3.5 Níveis de Atenção

Fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde).

4. ATRIBUTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Considera-se que não há como prescrever um modelo organizacional único para as RAS, contudo as evidências mostram que o conjunto de atributos apresentados a seguir são essenciais ao seu funcionamento:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;
3. Atenção Primária em Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;
4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado;
5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração

assistencial por todo o contínuo da atenção;

6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;

7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;

8. Participação social ampla;

9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;

10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;

11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;

12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede;

13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e

14. Gestão baseada em resultado.

A integração dos sistemas de saúde deve ser entendida como um contínuo e não como uma situação de extremos opostos entre integração e não integração. Dessa forma, existem graus de integração, que variam da fragmentação absoluta à integração total. Por sua vez, a integração é um meio para melhorar o desempenho do sistema, de modo que os esforços justificam-se na medida em que conduzam a serviços mais acessíveis, de maior qualidade, com melhor relação custo-benefício e satisfaçam aos usuários (OPAS, 2009).

5. PRINCIPAIS FERRAMENTAS DE MICRO GESTÃO DOS SERVIÇOS

A Rede de Atenção à Saúde organiza-se a partir de um processo de gestão da clínica associado ao uso de critérios de eficiência microeconômica na aplicação de recursos, mediante planejamento, gestão e financiamento intergovernamentais cooperativos, voltados para o desenvolvimento de soluções integradas de política de saúde.

É preciso ampliar o objeto de trabalho da clínica para além das doenças, visando compreender os problemas de saúde, ou seja, entender as situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas.

Os problemas ou condições de saúde estão em sujeitos, em pessoas, por isso, a clínica do sujeito é a principal ampliação da clínica, que possibilita o aumento do grau de autonomia dos usuários, cabendo uma decisão compartilhada do projeto terapêutico.

A gestão da clínica aqui compreendida implica "a aplicação de tecnologias de micro-gestão 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 e) melhorar a qualidade da atenção à saúde".

Como subsídio à gestão da clínica utiliza-se a análise da situação de saúde em que o

objetivo é a identificação e estratificação de riscos em grupos individuais expostos a determinados fatores e condições que os colocam em situação de prioridade para a dispensação de cuidados de saúde, sejam eles preventivos, promocionais ou assistenciais.

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 espera.

Diretrizes clínicas - entendidas como recomendações que orientam decisões assistenciais, de prevenção e promoção, como de organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária, elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia. As diretrizes desdobram-se em Guias de Prática Clínica/Protocolos Assistenciais, orientam as Linhas de Cuidado e viabilizam a comunicação entre as equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos.

Linhas de Cuidado (LC) - uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa à coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação de LC deve ser a partir das unidades da APS, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede. Vários pressupostos devem ser observados para a efetivação das LC, como garantia dos recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização; integração e coresponsabilização das unidades de saúde; interação entre equipes; processos de educação permanente; gestão de compromissos pactuados e de resultados. Tais aspectos devem ser de responsabilidade de grupo técnico, com acompanhamento da gestão regional.

Gestão da condição da saúde - é a mudança de um modelo de atenção à saúde focada no indivíduo, por meio de procedimentos curativos e reabilitadores, para uma abordagem baseada numa população adscrita, que identifica pessoas em risco de adoecer ou adoecidas, com foco na promoção da saúde e/ou ação preventiva, ou a atenção adequada, com intervenção precoce, com vistas a alcançar melhores resultados e menores custos. Sua premissa é a melhoria da qualidade da atenção à saúde em toda a RAS. Para tanto, engloba o conjunto de pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, com base em evidência disponível na literatura científica. Pode ser definida como a gestão de processos de uma condição ou doença que envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção da condição ou doença e no seu tratamento e reabilitação.

A gestão dos riscos coletivos e ambientais passa pela vigilância, prevenção e controle das doenças, agravos e fatores de risco, onde o foco é a identificação oportuna de problemas de saúde na população, a identificação das causas e fatores desencadeantes, a descrição do comportamento, a proposição de medidas para o controle ou eliminação e o desencadeamento das ações. Os problemas podem se manifestar através de doenças transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis, agravos à saúde como as violências, exposição a produtos danosos à saúde, alterações do meio ambiente, ou ambiente de trabalho, entre outros.

Gestão de caso - é um processo que se desenvolve entre o profissional responsável pelo caso e o usuário do serviço de saúde para planejar, monitorar e avaliar ações e serviços, de acordo com as necessidades da pessoa, com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade e humanizada. Seus objetivos são: a) atender às necessidades e expectativas de usuários em situação especial; b) prover o serviço certo ao usuário no tempo certo; c) aumentar a qualidade do cuidado; e d) diminuir a fragmentação da atenção. É, portanto, uma relação personalizada

entre o profissional responsável pelo caso e o usuário de um serviço de saúde.

Auditoria clínica - segundo BERWICK E KNAPP, 1990, há três enfoques principais de auditoria clínica: auditoria implícita, que utiliza opinião de experts para avaliar a prática de atenção à saúde; a auditoria explícita, que avalia a atenção prestada contrastando-a com critérios pré-definidos, especialmente nas diretrizes clínicas; e a auditoria por meio de eventos-sentinela. A auditoria clínica consiste na análise crítica e sistemática da qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes em todos os pontos de atenção, observada a utilização dos protocolos clínicos estabelecidos. Essa auditoria não deve ser confundida com a auditoria realizada pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

Lista de espera - pode ser conceituada como uma tecnologia que normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos, promovendo a transparência, ou seja, constituem uma tecnologia de gestão da clínica orientada a racionalizar o acesso a serviços em que exista um desequilíbrio entre a oferta e a demanda.

6. ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A operacionalização da RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde.

6.1 População e Região de Saúde

Para preservar, recuperar e melhorar a saúde das pessoas e da comunidade, as RAS deve ser capazes de identificar claramente a população e a área geográfica sob sua responsabilidade. O Pacto pela Saúde define as regiões de saúde como espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território. Assim, a população sob responsabilidade de uma rede é a que ocupa a região de saúde definida pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI).

A região de saúde deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável.

6.2 Estrutura Operacional

A estrutura operacional da RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam.

Os componentes que estruturam a RAS incluem: APS - centro de comunicação; os pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança.

APS - Centro de Comunicação

A Atenção Primária à Saúde é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado.

Para cumprir este papel, a APS deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, pois constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das

pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

Deve exercer um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

A coordenação do cuidado é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Cabe a APS integrar verticalmente os serviços que, normalmente são ofertados de forma fragmentada, pelo sistema de saúde convencional.

Uma atenção primária de qualidade, como parte integrante da Rede de atenção à saúde estrutura-se segundo sete atributos e três funções:

Atributos - Primeiro Contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação; Centralidade na Família; Abordagem Familiar e Orientação Comunitária.

O Primeiro Contato: evidências demonstram que o primeiro contato, pelos profissionais da APS, leva a uma atenção mais apropriada e a melhores resultados de saúde a custos totais mais baixos.

A Longitudinalidade: deriva da palavra longitudinal e é definida como "lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos" (STARFIELD, 2002). É uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades de saúde, independente do problema de saúde ou até mesmo da existência de algum problema. Está associada a diversos benefícios: menor utilização dos serviços; melhor atenção preventiva; atenção mais oportuna e adequada; menos doenças evitáveis; melhor reconhecimento dos problemas dos usuários; menos hospitalizações; custos totais mais baixos. Os maiores benefícios estão relacionados ao vínculo com o profissional ou equipe de saúde e ao manejo clínico adequado dos problemas de saúde, através da adoção dos instrumentos de gestão da clínica - diretriz clínica e gestão de patologias.

A Integralidade da Atenção: a integralidade exige que a APS reconheça as necessidades de saúde da população e os recursos para abordá-las. A APS deve prestar, diretamente, todos os serviços para as necessidades comuns e agir como um agente para a prestação de serviços para as necessidades que devam ser atendidas em outros pontos de atenção. A integralidade da atenção é um mecanismo importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população.

A Coordenação: é um "estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum" (SARFIELD, 2002). É um desafio para os profissionais e equipes de saúde da APS, pois nem sempre têm acesso às informações dos atendimentos de usuários realizados em outros pontos de atenção e, portanto, a dificuldade de viabilizar a continuidade do cuidado. A essência da coordenação é a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados. Os prontuários clínicos eletrônicos e os sistemas informatizados podem contribuir para a coordenação da atenção, quando possibilitam o compartilhamento de informações referentes ao atendimento dos usuários nos diversos pontos de atenção, entre os profissionais da APS e especialistas.

A Centralidade na Família: remete ao conhecimento pela equipe de saúde dos membros da família e dos seus problemas de saúde. No Brasil, atualmente, tem se adotado um conceito ampliado e a família é reconhecida como um grupo de pessoas que convivam sobre o mesmo teto, que possuam entre elas uma relação de parentesco primordialmente pai e/ou mãe e filhos consanguíneos ou não, assim como as demais pessoas significativas que convivam na mesma

residência, qualquer que seja ou não o grau de parentesco.

A centralização na família requer mudança na prática das equipes de saúde, através da abordagem familiar. A equipe de saúde realiza várias intervenções personalizadas ao longo do tempo, a partir da compreensão da estrutura familiar.

A Abordagem Familiar: deve ser empregada em vários momentos, como, por exemplo, na realização do cadastro das famílias, quando das mudanças de fase do ciclo de vida das famílias, do surgimento de doenças crônicas ou agudas de maior impacto. Estas situações permitem que a equipe estabeleça um vínculo com o usuário e sua família de forma natural, facilitando a aceitação quanto à investigação e intervenção, quando necessária.

A Orientação Comunitária: a APS com orientação comunitária utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida. Para tanto, faz-se necessário:

Definir e caracterizar a comunidade;

Identificar os problemas de saúde da comunidade;

Modificar programas para abordar estes problemas;

Monitorar a efetividade das modificações do programa.

Funções - Resolubilidade, Organização e Responsabilização.

A Atenção Primária à Saúde deve cumprir três funções essenciais (MENDES, 2002):

Resolução: visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;

Organização: visa organizar os fluxos e contra-fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;

Responsabilização: visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam.

Pontos de Atenção Secundários e Terciários:

Somente os serviços de APS não são suficientes para atender às necessidades de cuidados em saúde da população. Portanto, os serviços de APS devem ser apoiados e complementados por pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos.

Sistemas de Apoio

São os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica que envolve a organização dessa assistência em todas as suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos; e pelos sistemas de informação em saúde.

Sistemas Logísticos

Os sistemas logísticos são soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de

informação, e ligadas ao conceito de integração vertical.

Consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio na rede de atenção à saúde. Estão voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos da rede de atenção à saúde são: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários.

Sistema de Governança

A governança é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e mediam suas diferenças (RONDINELLI, 2006).

A governança da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Nesse contexto, o Colegiado de Gestão Regional desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretar a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região.

Exercer uma governança solidária nas regiões de saúde implica o compartilhamento de estruturas administrativas, de recursos, sistema logístico e apoio, e de um processo contínuo de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde. Assim, a governança da RAS é diferente da gerência dos pontos de atenção à saúde, dos sistemas de apoio e dos logísticos.

O exercício da governança implica, ainda, o enfrentamento de questões políticas e estruturais do processo de regionalização, como as relações federativas, as relações público-privadas, as capacidades internas de gestão, a sustentabilidade financeira, a regulação da atenção e o estabelecimento de padrões de qualidade para a provisão de serviços (públicos e privados), bem como os padrões de gestão e desempenho das unidades de saúde, entre outros.

No processo de governança são utilizados instrumentos e mecanismos de natureza operacional, tais como: roteiros de diagnóstico, planejamento e programações regionais, sistemas de informação e identificação dos usuários, normas e regras de utilização de serviços, processos conjuntos de aquisição de insumos, complexos reguladores, contratos de serviços, sistemas de certificação/acreditação, sistema de monitoramento e avaliação, comissões/câmaras técnicas temáticas, etc.

Alguns desses mecanismos podem ser viabilizados por intermédio de consórcio público de saúde, que se afigura como uma alternativa de apoio e fortalecimento da cooperação interfederativa para o desenvolvimento de ações conjuntas e de objetivos de interesse comum, para melhoria da eficiência da prestação dos serviços públicos e operacionalização da Rede de Atenção à Saúde.

No que tange ao Controle Social, as estruturas locais e estaduais devem desenvolver mecanismos e instrumentos inovadores de articulação, tais como fóruns regionais, pesquisas de satisfação do usuário, entre outros, cujas informações podem ser transformadas em subsídios de monitoramento e avaliação das políticas de saúde no espaço regional.

O processo de Planejamento Regional, discutido e desenvolvido no CGR, estabelecerá as prioridades de intervenção com base nas necessidades de saúde da região e com foco na

garantia da integralidade da atenção, buscando a maximização dos recursos disponíveis.

Esse planejamento deverá ainda seguir a mesma sistemática do processo de elaboração do planejamento municipal/estadual, considerando os pressupostos e características do Sistema de Planejamento do SUS, no tocante à construção de seus instrumentos básicos. Os planos municipais de saúde do conjunto de municípios da região, e o plano estadual de saúde são subsídios essenciais ao processo de planejamento regional respectivo e são influenciados pelo resultado deste.

O produto do processo de planejamento regional deverá ser expresso no PDRI, o que permitirá o monitoramento e a avaliação das metas acordadas entre os gestores, bem como, a definição dos recursos financeiros necessários.

Como parte intrínseca à governança da RAS, seu financiamento é atribuição comum aos gestores das três esferas de governo, sendo orientado no sentido de reduzir a fragmentação, estimular o compartilhamento de responsabilidades, a continuidade do cuidado, a eficiência da gestão e a equidade.

As modalidades de repasses financeiros devem estar alinhadas com o modelo de atenção e ao planejamento regional, fortalecendo as relações de complementaridade e interdependência entre os entes envolvidos, na organização da atenção.

A alocação dos recursos de custeio da Rede de Atenção à Saúde deve ser pautada por uma combinação de critérios de necessidades de saúde envolvendo variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias e, ainda, ao desempenho no cumprimento dos objetivos e das metas fixadas. A construção de programação pactuada e integrada - PPI consiste em uma estratégia para orientar a definição de alocação compartilhada de recursos.

Além do modelo de alocação, torna-se necessário também o dimensionamento e a garantia de um volume de recursos compatível com as necessidades de investimento na Rede de atenção à saúde.

Da mesma forma, é necessário buscar a unificação dos processos decisórios relativos aos investimentos, que se devem pautar pelos critérios de ampliação do acesso, integralidade e equidade na organização da estrutura regional de atenção à saúde e sustentabilidade, materializados nos Planos Diretores de Regionalização e Investimentos.

6.3 Modelo de Atenção à Saúde

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas sub populações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Para a implantação da RAS, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas.

O modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao modelo atual que é centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Aponta para a necessidade de uma organização que construa a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades, fortalecendo as ações sobre as condições crônicas.

A diferença entre RAS baseada na APS e rede de urgência e emergência está no papel da APS. Na rede de atenção às condições crônicas ela funciona como centro de comunicação,

mas na Rede de atenção às urgências e emergências ela é um dos pontos de atenção, sem cumprir o papel de coordenação dos fluxos e contra fluxos dessa Rede.

Um dos problemas contemporâneos centrais da crise dos modelos de atenção à saúde consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos - normalmente momentos de agudização das condições crônicas, autopercebidos pelas pessoas -, através da atenção à demanda espontânea, principalmente, em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência. É desconhecendo a necessidade imperiosa de uma atenção contínua nos momentos silenciosos dos agravos quando as condições crônicas insidiosamente evoluem.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003), um sistema de Atenção Primária incapaz de gerenciar com eficácia o HIV/Aids, o diabetes e a depressão irá tornar-se obsoleto em pouco tempo. Hoje, as condições crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento e, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003). Por este motivo, no sistema integrado, a Atenção Primária deve estar orientada para a atenção às condições crônicas, com o objetivo de controlar as doenças/agravos de maior relevância, através da adoção de tecnologias de gestão da clínica, tais como as diretrizes clínicas e a gestão de patologias.

No SUS, a Estratégia Saúde da Família, representa o principal modelo para a organização da APS. O seu fortalecimento tornase uma exigência para o estabelecimento da RAS.

7. DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA RAS

A transição entre o ideário da RAS e a sua concretização ocorre através de um processo contínuo e perpassa o uso de estratégias de integração que permitam desenvolver sistematicamente o conjunto de atributos que caracteriza um sistema de saúde organizado em rede. Este processo contínuo deve refletir coerência e convergência entre o Pacto pela Saúde como diretriz institucional tripartite, as políticas vigentes (PNAB, Políticas específicas voltadas a grupos populacionais que vivem em situação de vulnerabilidade social, Política de Vigilância e Promoção a Saúde, Política de Urgência e Emergência, e outras) e a necessidade de responder de maneira eficaz aos atuais desafios sanitários.

Com base nisso, propõe-se abaixo diretrizes orientadoras e respectivas estratégias para o processo de implementação da RAS:

I. Fortalecer a APS para realizar a coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção Estratégias:

Realizar oficinas macrorregionais sobre RAS e planificação da APS com a participação dos estados e municípios, com vistas ampliar a compreensão sobre a organização da RAS e qualificar o planejamento do Sistema a partir da APS.

Rever e ampliar a política de financiamento da APS com base na programação das necessidades da população estratificada.

Propor novas formas de financiamento para a APS dos municípios, desde que cumpram os seguintes atributos: Primeiro Contato; Longitudinalidade; Integralidade; Coordenação; Centralidade na Família; Abordagem Familiar e Orientação Comunitária.

Criar condições favoráveis para valorização dos profissionais de saúde, visando à fixação e retenção das equipes nos postos de trabalho, em especial o médico.

Ampliar o escopo de atuação das APS e apoio matricial, incentivando a reorganização do processo de trabalho no território da APS, desenvolvendo ações como:

Incentivar a organização da porta de entrada, incluindo acolhimento e humanização do atendimento;

Integrar a promoção e vigilância em saúde na APS (território único, articulação dos sistemas de informação, agentes de vigilância em saúde);

Incorporar a prática de gestão da clínica para prover um contínuo de qualidade e segurança para o usuário;

Induzir a organização das linhas de cuidado, com base nas realidades locorregionais, identificando os principais agravos e condições;

Planejar e articular as ações e serviços de saúde a partir dos critérios de acesso e/ou tempo-resposta;

Ampliar o financiamento e o investimentos em infraestrutura das unidades de saúde para melhorar a ambiência dos locais de trabalho.

Implementar as ações voltadas às políticas de atenção às populações estratégicas e às prioridades descritas no Pacto pela Vida.

II. Fortalecer o papel dos CGRs no processo de governança da RAS

Estratégias:

Assegurar a institucionalidade dos CGR como o espaço de tomada de decisão e de definição de ações estratégicas no âmbito da região de saúde;

Incentivar o papel coordenador das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na organização dos CGR visando à implantação da RAS;

Qualificar os gestores que integram os CGR, sobre os instrumentos e mecanismos do processo de governança da RAS;

Incorporar permanentemente nas pautas das CIBs o apoio à organização da RAS;

Fortalecer a gestão municipal tendo em vista que a governabilidade local é pressuposto para qualificar o processo de governança regional.

III. Fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da RAS e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde

Estratégias:

Organizar a gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) na RAS de modo transversal e integrado, compondo Rede de compromisso e co-responsabilidade para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais;

Incorporar a análise de situação de saúde como subsídio à identificação de riscos coletivos e ambientais e definição de prioridades de ações;

Implantar do apoio matricial na dimensão regional.

IV. Fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS

Estratégias:

Elaborar proposta de financiamento tripartite para criação ou adequação do Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS), desprecarização dos vínculos de trabalho e contratação de pessoal;

Incentivar a implementação da política de educação permanente em saúde como dispositivo de mudanças de práticas na APS;

Ampliar o Pró-Saúde / Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET SAÚDE) para todas as instituições de ensino superior visando à mudança curricular e à formação de profissionais com perfil voltado às necessidades de saúde da população;

Estimular o estabelecimento de instrumentos contratuais entre a gestão e os profissionais de saúde que contemplem a definição de metas e avaliação de resultados;

Promover articulação política junto ao Congresso Nacional visando à busca de soluções para os problemas advindos da Lei Responsabilidade Fiscal na contratação da força de trabalho para o SUS.

V. Implementar o Sistema de Planejamento da RAS

Estratégia:

Fortalecer a capacidade de planejamento integrado entre municípios e estado, a partir da realidade sanitária regional;

Atualizar o PDRI, considerando a ampliação do acesso, integralidade e equidade na organização da estrutura regional de atenção à saúde e sustentabilidade da RAS.

VI. Desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS

Estratégias:

Estabelecer os parâmetros de regulação do acesso do sistema de saúde;

Ampliar o financiamento para os complexos reguladores com vistas à implementação da RAS;

Promover a comunicação de todos os pontos de atenção da RAS com a Implementação de registro eletrônico em saúde;

Avançar no desenvolvimento de mecanismo único de identificação dos usuários do SUS;

Promover integração da RAS por meio de sistemas transporte sanitário, de apoio diagnóstico e terapêutico, considerando critérios de acesso, escala e escopo;

Promover a reorganização do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) à luz das diretrizes estabelecidas para organização da RAS;

Avançar no desenvolvimento da gestão da tecnologia de informação e comunicação em

saúde na RAS;

Utilizar os sistemas de informação como ferramentas importantes para construção do diagnóstico da situação de saúde, a fim de produzir intervenções baseadas nas necessidades das populações;

Ampliar a cobertura do Telessaúde visando apoio aos profissionais de saúde da "segunda opinião formativa".

VII. Financiamento do Sistema na perspectiva da RAS

Estratégias:

Definir os mecanismos de alocação dos recursos de custeio e investimento para a implementação da RAS;

Definir os critérios/Índice de necessidades de saúde envolvendo variáveis demográficas, epidemiológicas e sanitárias, com vistas à distribuição equitativa do financiamento para a RAS;

Induzir a construção da Programação Pactuada e Integrada (PPI) de forma compartilhada para orientar a definição dos recursos da região de saúde;

Propor novos mecanismos de financiamento das políticas públicas de saúde com foco na garantia do contínuo assistencial e na responsabilização das três esferas de governo;

Redefinir e reforçar o financiamento da APS no sentido de aumentar a sua capacidade de coordenar o cuidado e ordenar a RAS.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRÚCIO, F. L. A COORDENAÇÃO FEDERATIVA NO BRASIL: A EXPERIÊNCIA DO PERÍODO FHC E OS DESAFIOS DO GOVERNO LULA. Revista de Sociologia e Política, v. 24, p. 41-67, 2005.

Contratualização e Organizações Sociais - Reflexões Teóricas e Lições da Experiência Internacional. Debates GV Saúde, Vol. 1, 1º semestre 2006, p. 24-27.

ARRETCHE, M. Federalismo e Relações Intergovernamentais no Brasil: A Reforma dos Programas Sociais. DADOS - Revista de Ciências Sociais, v. 43, n. 6, p. 431-458, 2002.

ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. Regionalização em Saúde e mix público-privado. Disponível em: . Acesso em: 17 jul. 2008.

BARRENECHEA, J. J.; URIBE, E. T.; CHORNY, A. H. Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud.. Medellín: Ed Universidad de Antioquia/OPS, 1990.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Projeto de Investimentos para a Qualificação do Sistema Único de Saúde, Documento Revisado, maio 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria N. 325, de 22 de fevereiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Mais Saúde: direito de todos:

2007-2011. Brasília: Ministério da Saúde, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2008b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Termo de Compromisso de Gestão Federal. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Termo de Compromisso de Gestão Estadual. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, 2007b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. Glossário de Termos da Política Nacional de Humanização. Disponível em: . Acesso em: 15 de jul. 2007c.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, volume 1, 2006a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Mais Gestão é Mais Saúde: Governança para Resultados no Ministério da Saúde. Série B Textos Básicos de Saúde 2009, 234p: il. -Série B. Textos Básicos de Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. Portaria GM/MS Nº 1.721, de 21 de setembro de 2005, Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde - SUS, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. Regionalização Solidária e Cooperativa: orientações para sua implementação no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde, volume 1, 2006b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília: Ministério da Saúde: 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE/ DIRETORIA DE ARTICULAÇÃO DE REDE DE ATENÇÃO - RAS Santa Catarina - Oficina de Governança Rede de Atenção à Urgência e Emergência Macrorregião Nordeste e Planalto Norte - Guia do Participante - abr. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE/ DIRETORIA DE ARTICULAÇÃO DE REDE DE ATENÇÃO - Projeto Territórios: Estratégia de qualificação da Atenção Primária para ampliação dos limites da resolubilidade na atenção das doenças crônicas não transmissíveis: um eixo de reestruturação da Atenção Especializada no seu papel complementar. 2008-2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n. 8.080. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei n. 8.142. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 25 n. 01, p. 5-26, 2008.

A transição demográfica no Brasil: as possibilidades e os desafios para a economia e a sociedade. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 04, n. 02, p. 393-

403, 1999.

S. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.

Um método para análise e co-gestão de coletivos - a construção do sujeito, a produção de valor de usos e a democracia em instituições: o Método da Roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde, responsabilidade pública cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e Democracia: A luta do CEBES*. Lemos Editorial, 1997.

CHORNY, A. H. Planificación in Salud: viejas ideas en nuevas ropajes. *Cuadernos Médicos-Sociales*, n. 73, 1998.

COELHO, I. B. Os impasses do SUS. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 309-311, 2007.

CONASEMS - XXVI CONGRESSO DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE - CONASEMS - GRAMADO/RS SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE OS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E DA ESPANHA: COMPARTILHANDO EXPERIÊNCIAS. MESA 2: SANTOS, LENIR - *Gestão Pública da Saúde: Modelos Jurídicos, Parcerias Público-Privadas e Regulação dos Sistemas de Serviços*, mai. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE - CONASS. Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos do SUS - Nota Técnica 12/2005.

.Oficina de Rede de Atenção no SUS: Guia do Facilitador. Brasília: CONASS, 2008

CONILL, E. M. Analisis de la problemática de la integración de la APS em El contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. ENSP, Fiocruz, 2007.

COSTA, N. R. Política social e ajuste macroeconômico. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 18, suplemento, p. 13-21, 2002.

COSTA, N. R.; PINTO, L. F. Avaliação de programa de atenção à saúde: incentivo à oferta de atenção ambulatorial e a experiência da descentralização no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, 907-923, 2002.

COUTO, C. G.; ARANTES, R. B. Constituição ou Políticas Públicas? Uma avaliação dos anos FHC. In: LOUREIRO, M. R.; ABRÚCIO, F. L. (Org). *O Estado numa Era de Reformas: os anos FHC*. Brasília: ENAP, 2002.

DIAZ, V. P. ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS EM PAISES CON DISTINTOS SISTEMAS DE SALUD. Dissertação de Mestrado. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2004. Disponível em: www.chc.es. Acesso em: 15 dez. 2008.

DINIZ, E. GLOBALIZAÇÃO, REFORMAS ECONÔMICAS E ELITES EMPRESARIAIS: Brasil anos 1990. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

EDGREN, L. The meaning of integrated care: a systems approach. *International Journal of Integrated Care*, v. 08, n. 23, p. 1-6, 2008.

ESCOREL, S.; DELGADO, M. M. Perfil dos conselhos estaduais de saúde: singularidades e similaridades no controle social. *Divulgação em Saúde para Debate*, n. 43, p.

62-78, 2008.

SILVA, S. F.(Org.). Rede de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e Rede regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA e CONASEMS, 2008.

FERNANDES, SILVIO. Rede de Atenção à Saúde no SUS. 2009 - 20 Anos/CONASEMS.

FLEURY, S.; MAFORT, A. L. M. Gestão de Rede: A Estratégia de Regionalização da Política de Saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FLEURY, S. A reforma Sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. Ciência e Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 307-317, 2007.

A Seguridade Social e os dilemas da inclusão social. Revista de Administração Pública, v. 39, n. 3, p. 449-469, 2005a.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA (ABRASCO, CEBES, ABRES, REDE UNIDA E AMPASA). O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. 2006.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. SECRETARIA DE SAÚDE. Modelo de Atenção à Saúde. 2007-2010.

GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cadernos de Saúde Pública, v. 2, n. 5, p. 951-963, 2006.

GERSCHMAN, S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, n. 20, v. 6, p. 1670-1681, 2004.

GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; YAMAUCHI, N. I. Regionalização da Saúde e Consciência Regional. Hygeia, v. 2, n.3, p. 35-46, 2006.

GILLIES, R. R.; SHORTELL, S. M.; ANDERSON, D. A.; MITCHELL, J. B.; MORGAN, K. L. Conceptualizing and measuring integration: findings from the health systems integration study. Hospital & Health Services Administration, v. 38, n. 04, p.467-89, 1993.

GUIMARÃES, L.; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. Revista Pan-americana de Saúde Pública, v. 16, n. 4, p. 283-288, 2004.

HAM, C. Clinically Integrated Systems: the next step in English health reform? Briefing Paper. The Nuffield Trust, 2007.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da Atenção e Integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". Cadernos de Saúde Pública, V. 20, Sup. 2, 2004.

IDISA/CAMPINAS-SP - SEMINÁRIO DE REDE INTERFEDERATIVAS DE SAÚDE, fev. 2008, LENIR SANTOS - A organização político-administrativa do SUS de acordo com a conformação jurídico-constitucional inserta no art. 198 da CF: Rede interfederativas de serviços de atenção à saúde.

INSTITUTO BRASILEIRO DE ESTATÍSTICA E GEOGRAFIA - IBGE. Perfil dos Municípios Brasileiros 2006. Rio de Janeiro: IBGE, 2007. Disponível em: . Acesso em: 16 jul.

2008.

Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e Indicadores Sociais. Divisão de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 - Revisão 2000.

KUSCHNIR, R. A Construção da Regionalização: Nota Técnica sobre O PACTO PELA SAÚDE. Versão preliminar, Rio de Janeiro, ENSP, 2007.

LABRA, E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et. al. Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FICORUZ, 2005.

LEITE, JACQUELINE GAGMAR B. L.; SOUZA, H. F.; NASCIMENTO, ELIANA C. V. - Contratualização na Saúde: proposta de um Contrato Único para os Programa no Estado de Minas Gerais - Revista de Administração em Saúde, Vol. 12, Nº 46 - jan/mar 2010 p. 15-22.

LEAT, P.; PINK, G. H.; GUERIERE, M. Towards a Canadian Model of integrated healthcare. Health Care Papers, v. 1, n. 2, p. 13-35, 2000.

LERNER, M. Modernization and health: a model of the health transition. Documento apresentado na Reunião Anual da American Public Health Association, São Francisco, Califórnia (inédito), 1973.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. Ciência e Saúde Coletiva, v.6, n.2, p. 269-291, 2001.

LIMA, L. D. Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais. Rio de Janeiro: Museu da República, 2007a.

LONDOÑO, J. L.; FRENK J. Structured Pluralism: Towards a New Model for Health System Reform in Latin America. Washington, D.C.: World Bank, Technical Department for Latin America and the Caribbean, 1995.

LOUREIRO, M. R.; ABRÚCIO, F. L. POLÍTICA E BUROCRACIA NO PRESIDENCIALISMO BRASILEIRO: o papel do Ministério da Fazenda no primeiro governo Fernando Henrique Cardoso. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 14, n. 41, p. 69-89, 1999.

MACHADO, C. V. Direito universal, política nacional: o papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira de 1990 a 2002. Rio de Janeiro: Editora do Museu da República, 2007.

MAFORT, A. L. M. Os Desafios da Gestão em Rede no SUS: situando a regionalização no centro da estratégia da política de saúde. Revista Saúde em Debate, v. , n. p. , 2008.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. N. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. Pesquisa Debate, v. 12, n.1, p. 65-91, 2001.

MATOS, C. A.; POMPEU, J. C. Onde estão os contratos? Análise da relação entre os prestadores privados de serviços de saúde e o SUS. Ciência e Saúde Coletiva, v. 8, n. 2, p. 629-643, 2003.

MENDES, E. V. A Rede de atenção à saúde , Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de MG, 2009.

Sistemas Integrados de Serviços de Saúde: a reforma microeconômica dos sistemas de serviços de saúde. Mimeo, 2000.

MESA-LAGO, C. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. Santiago de Chile: Cepal - Naciones Unidas, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. DEPARTAMENTO DE APOIO À DESCENTRALIZAÇÃO. Nota Técnica DAD/SE n.º 35: Planilhas de Regionalização - Pacto pela Saúde e Territórios da Cidadania. Brasília, 24 de novembro de 2008.

MUR-VEEMAN, I.; VAN RAAK, A.; PAULUS, A.; STEENBERGEN, M. Comparison and reflection. Integrated care in Europe. Maarssen: Elsevier, 2003.

NASH, D; SKOUFALOS, A; HARTMAN, M.; HORWITZ, H. Practicing Medicine in the 21st Century. American College of Physicians Executives, 2006.

NAVARRETE, L. V. et al. ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS: UMA GUÍA PARA EL ANÁLISIS. Revista Espanhola de Salud Pública, v. 79, N. 06, p. 633-643, 2005.

ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS: UN ESTUDIO DE CASOS. Consorci Hospitalari de Catalunya 1ª Edición, 2007, 260p.

NORONHA, J.C. et al. Avaliação da relação entre volume de procedimentos e qualidade do cuidado: o caso da cirurgia coronariana no SUS. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 06, p. 1781-1789, 2003.

NUOVO, J.(Ed.). Chronic Disease Management. New York, NY: Springer Science, 2007.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. Bulletin of the World Health Organization, v. 79, n. 2, p. 161-170, 2001.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA - UNESCO. Estudo sobre a Contratualização Hospitalar no Âmbito do SUS - Produto II - Relatório Técnico, mar. 2008.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Sistemas Integrados de Servicios de Salud. Documento de Trabajo. VII Foro Regional - Fortalecimiento dos Sistemas de Salud Basados em APS. Quito, Ecuador: out. 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD - OMS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPS. Rede Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para Su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC: OMS/OPS, 2008.

PASCHE, D. F. et al. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica, v. 20, n. 6, p. 416-422, 2006.

PAIM, J. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes. ANVISA/ISCUFBA. Brasília. 2001. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/relatorios/gestao_2000_2002/plano_trabalho_anexosi.htm/modelos_assistenciais.pdf. Acesso em: 12 dez. 2008.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. Revista de Saúde Pública, v. 40, numero especial, p. 73-78, 2006.

PASCHE, D. F. A reforma necessária do SUS: inovações para a sustentabilidade da política pública de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 312-314, 2007.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 1, p. 81-92, 1997.

SALTMAN, R. B.; FIGUERAS J. Analyzing The Evidence On European Health Care Reforms. *Health Affairs*, v. 17, n. 02, p. 85-108, 1998.

SANTOS, L; ANDRADE, L. O. M. SUS: O ESPAÇO DA GESTÃO INOVADORA E DOS CONSENSOS INTERFEDERATIVOS. Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SANTOS, N. R. TÓPICOS PARA REFLEXÃO E FORMULAÇÃO DE ATUAÇÕES PELA MILITÂNCIA DA REFORMA SANITÁRIA E DO SUS. Brasília, 6ª Versão, mimeo, 2008.

SANTOS-PRECIADO, J. I. et al. La transición epidemiológica y los adolescentes em México. *Salud Pública de México*, v. 45, sup I 1, p. 140-152, 2003.

SCHRAMM, J. M. A et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SHORTELL, S.M. et al. Remaking Health care in America: building organized delivery systems. San Francisco, Editora Jossey-Bass, 1996.

SILVA, S. F.(Org.). Rede de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e Rede regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA e CONASEMS, 2008.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES, E. REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA AGENDA DE PRIORIDADES DO SUS. *Revista do CONASEMS*, jan. 2008.

SOUZA, C. FEDERALISMO, DESENHO CONSTITUCIONAL E INSTITUIÇÕES FEDERATIVAS NO BRASIL PÓS-1988. *Revista de Sociologia e Política*, n. 24, p. 105-121, 2005.

TAVARES, M. C. Da Substituição de Importações ao Capitalismo Financeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

TODD, W. E.; NASH, D. B.(Ed.). Disease Management: A Systems Approach to Improving Patient Outcomes. New York, NY: American Hospital Publishing, 1997.

TODD, W.E. Strategic alliances. In: TODD, W.E. e NASH, D. (Ed.). Disease management: a systems approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Publishing Inc., 1996.

UGÁ, M. A. D.; SANTOS, I. S. UMA ANÁLISE DA EQUIDADE DO FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO. Projeto Economia da Saúde - Cooperação Técnica Brasil - Reino Unido. Relatório de Pesquisa, 2005.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP. NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS - NEPP. O Setor Saúde e o Complexo da Saúde no Brasil. Campinas:

UNICAMP, Caderno n. 46, 2000. VILAÇA,

EUGÊNIO MENDES - A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE - Belo Horizonte: ESP-MG,

2009, 848p.

X CONGRESSO INTERNACIONA DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACION PÚBLICA. ALCOFORADO, FLÁVIO C. G., Contratualização e eficiência no setor public: as organizações sociais. Santiago, Chile. Out. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Decentralization in Health Care. Brussels: Open University Press, EuropeanObservatoryon Health Systems and Policies Series, 2006.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS AND POLICIES. Makingdecisionsonpublichealth: a reviewofeight countries. Brussels: Open University Press, EuropeanObservatoryon Health Systems and Policies Series, 2004.

Integrated Health Services - WhatandWhy? Making Health Systems Work. TechnicalBrief, n. 01, 2008.

ZUCCH, I P.; NERO, C. D.; MALIK, A. M. GASTOS EM SAÚDE: OS FATORES QUE AGEM NA DEMANDA E NA OFERTA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. Saúde e Sociedade, v. 9, n. 1/2, p. 127-150, 2000.

ISBN 978-85-334-1849-3



**Ouvidoria do SUS
136**

**Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/mail**



Secretaria de Gestão do Trabalho
e da Educação na Saúde

Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA