

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Redes de Produção de Saúde



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS



Redes de Produção de Saúde

1^a edição
1^a reimpressão

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília – DF
2010

© 2009 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 de responsabilidade 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>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:
<http://www.saude.gov.br/editora>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 1.ª reimpressão – 2010 – 1.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS
SAF Sul, Trecho 2, Bloco F, 1º andar, sala 102, Ed. Premium, Torre II

CEP: 70070-600, Brasília – DF

Tel.: (61) 3306-8130

E-mail: humanizasus@saude.gov.br

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

Coordenador da Política Nacional de Humanização:

Dário Frederico Pasche

Projeto gráfico e diagramação:

Alisson Sbrana - Núcleo de Comunicação/SAS

Revisão:

Bruno Aragão

Fotos:

Radilson Carlos Gomes

EDITORIA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540 / 610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-2020 / 3233-1774

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

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

Equipe editorial:

Normalização: Vanessa Leitão

Revisão: Mara rejne Pamplona e Khamila Christine

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.

Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – 1. ed. 1. reimpressão – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

44 p. : il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-85-334-1584-3

1. Humanização do atendimento. 2. Saúde Pública. 3. Gestão do SUS. I. Título. II. Série.

CDU 35.614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2010/0382

Titulos para indexação:

Em inglês: Health net production

Em espanhol: Red de producción de salud

Sumário

Apresentação **04**

Redes de saúde: estratégia para qualificar a atenção e gestão do SUS 06

A organização das políticas públicas em rede: requisito para a produção de saúde 10

A Política Nacional de Humanização e a construção de redes 17

“Nós” da rede de produção de saúde 22

Referências 44

Apresentação

O Ministério da Saúde tem reafirmado o HumanizaSUS como política que atravessa as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, englobando os diferentes níveis e dimensões da Atenção e da Gestão.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder.

Operando com o princípio da transversalidade, o HumanizaSUS lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários, trabalhadores e gestores. Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada.

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde.

Com a oferta de tecnologias e dispositivos para configuração e fortalecimento de redes de saúde, a humanização aponta para o estabelecimento de novos arranjos e pactos sustentáveis, envolvendo trabalhadores e gestores do SUS e fomentando a participação efetiva da população, provocando inovações em termos de compartilhamento de todas as práticas de cuidado e de gestão.

A Política Nacional de Humanização não é um mero conjunto de propostas abstratas que esperamos poder tornar concreto. Ao contrário, partimos do SUS que dá certo.

O HumanizaSUS apresenta-se como uma política construída a partir de possibilidades e experiências concretas que queremos aprimorar e multiplicar. Daí a importância de nosso investimento no aprimoramento e na disseminação das diferentes diretrizes e dispositivos com que operamos.

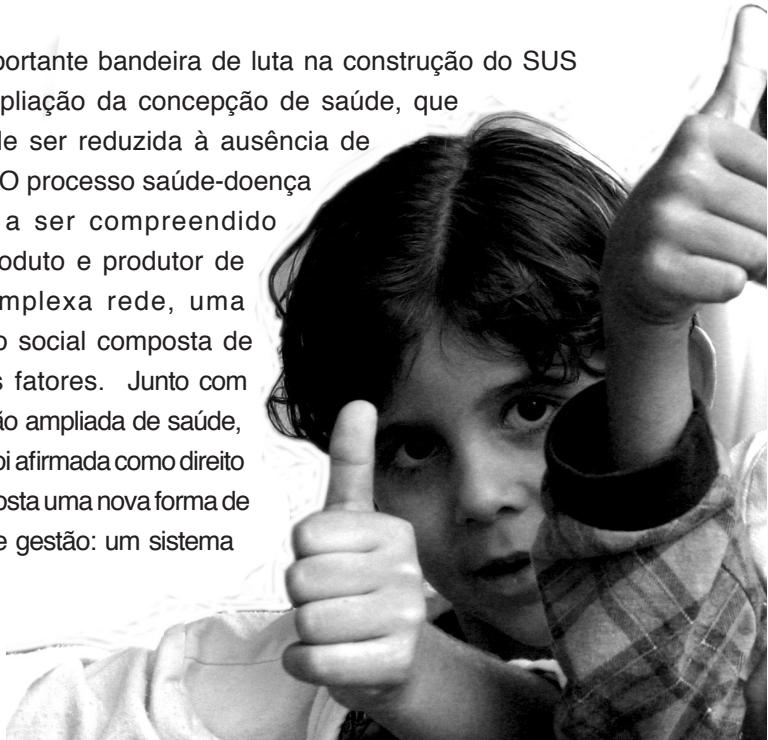
As Cartilhas HumanizaSUS têm função multiplicadora; com elas esperamos poder disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da Saúde.

Brasília, 2009.

Redes de saúde: estratégia para qualificar a atenção e gestão do SUS

Muitas imagens nos vêm ao pensamento quando falamos em redes. A tradicional rede de pescar feita de fios entrelaçados, a atual rede da internet (que é uma malha virtual de informação), uma rede de supermercados, de telecomunicação, de eletricidade, etc. O tema da rede tem sido cada vez mais requisitado na atualidade. Por isso devemos ficar atentos para o risco do modismo! Será que se trata da mesma concepção de rede em todos os contextos? O que queremos enfatizar quando falamos em redes na saúde? De que modo a construção de redes na saúde é uma estratégia importante para a qualificação da atenção e gestão do SUS?

Uma importante bandeira de luta na construção do SUS foi a ampliação da concepção de saúde, que deixou de ser reduzida à ausência de doença. O processo saúde-doença passou a ser compreendido como produto e produtor de uma complexa rede, uma produção social composta de múltiplos fatores. Junto com esta noção ampliada de saúde, a saúde foi afirmada como direito e foi proposta uma nova forma de atenção e gestão: um sistema



de saúde universal, integral, unificado e articulado em redes regionalizadas e descentralizadas. A construção de redes tornou-se, então, uma estratégia indispensável que permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença.



A rede de atenção à saúde é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõe num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Estes serviços são como os nós de uma rede: uma unidade básica de saúde, um hospital geral, um centro de atenção psicosocial, um conselho municipal de saúde, etc. Entretanto, a construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território geográfico. Implica colocarmos em questão: como estes serviços estão se relacionando? Qual o padrão comunicacional estabelecido entre as diferentes equipes e os diferentes serviços? Que modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos nestes serviços?

A construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. Ter mais serviços e mais equipamentos é fundamental, mas não basta. É preciso também garantir que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes, que construam a integralidade da atenção. São esses processos de interação entre os serviços e destes com outros movimentos e políticas sociais que fazem com que as redes de atenção sejam sempre produtoras de saúde num dado território.

A construção de redes regionalizadas de atenção à saúde pode fortalecer os processos de cooperação entre municípios, estado e federação, contribuindo para a diminuição das iniquidades, bem como ampliando o grau de co-gestão entre distintos atores, por meio da pactuação de responsabilidades complementares e interdependentes sobre a produção de saúde em uma dada região.

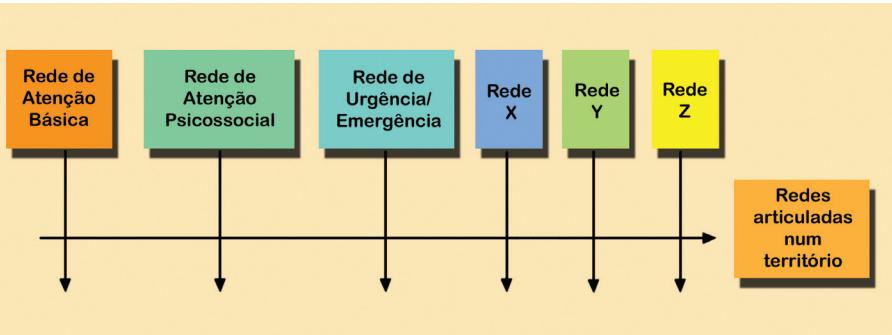
Nos processos de construção do SUS, o termo “rede” é muitas vezes utilizado para definir um grupo de serviços semelhantes. Por exemplo, rede básica de saúde é o termo utilizado para definir uma rede homogênea composta de unidades básicas de saúde. O mesmo vale para a rede de saúde mental, a rede hospitalar, etc.

A rede transversal, que se produz pelos entrelaçamentos que ocorrem entre diferentes atores, serviços, movimentos, políticas num dado território – ou seja, a rede heterogênea – é que parece ser o lugar da novidade na saúde. É ela que pode produzir diferenças nas distribuições de poderes e saberes.

Com a ampliação do conceito de saúde, a construção de redes tornou-se uma estratégia que permite criar múltiplas respostas no enfrentamento da produção saúde-doença.

A figura abaixo permite visualizar a articulação entre redes especializadas (homogêneas) e redes transversais (heterogêneas) num determinado território:

Figura 1 – Articulação entre redes especializadas e redes transversais



A organização das políticas públicas em rede: requisito para a produção de saúde

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu uma nova base jurídico-legal para a política de saúde, definindo a saúde como direito de qualquer cidadão e dever do Estado. Além disso, estabeleceu que saúde é produção social, resultado de complexas redes causais que envolvem elementos biológicos, subjetivos, sociais, econômicos, ambientais e culturais que se processam e se sintetizam na experiência concreta de cada sujeito singular, de cada grupo em particular e da sociedade em geral.

Portanto, a implementação de políticas sociais e econômicas que promovam a redistribuição de renda e qualifiquem a vida são fundamentais para a produção de saúde. Quanto mais precário for o acesso dos grupos sociais aos bens de consumo e às políticas sociais, mais complexos, heterogêneos e injustos serão os padrões do viver, adoecer e morrer.

A produção de políticas sociais e econômicas mais justas não anula a presença de agravos, doenças e riscos para a saúde, mas altera sua natureza, exigindo a organização de sistemas de saúde como algo imprescindível para a qualificação da vida em sociedade.

A saúde resulta ainda da capacidade de a sociedade produzir regras, modos de viver em que prevaleçam o interesse e o bem comum.

Dessa forma, a produção de saúde decorre da articulação de dois componentes estratégicos: 1) a organização de políticas públicas que distribuam renda, direta e indiretamente, por meio do desenvolvimento sustentável; 2) a garantia de acesso a serviços e ações integrais. Ações integrais correspondem à combinação e à articulação entre medidas de promoção e prevenção com as de cura-reabilitação. A sinergia entre essas ações deve resultar na oferta de práticas de saúde resolutivas e de qualidade aos cidadãos e à sociedade.

A garantia de acesso aos serviços de saúde no Brasil resulta da criação de estratégias para a responsabilização sanitária partilhada entre os municípios, os estados e a União para que, preferencialmente, os municípios organizem redes de atenção integral à saúde de forma sustentável. Quando isto não é possível, a cooperação entre gestores e a construção de redes regionalizadas é fundamental, já que muitos municípios são pequenos e não têm como garantir acesso a toda tecnologia disponível para qualificar a vida.

Outro componente da política de saúde no Brasil é a participação cidadã, que implica, entre outros, a inclusão de novos sujeitos nos processos de decisão na saúde. Sobretudo segmentos de usuários que, por intermédio de conselhos e conferências – arranjos de cogestão do Estado – passam a vocalizar interesses e necessidades que, em alguma medida, passam a compor as políticas de saúde. A construção de espaços coletivos e arenas decisórias para o processamento de interesses na formulação e gestão de políticas públicas é uma estratégia importante de democratização do Estado e do acesso aos serviços de saúde.

A produção ampliada de saúde depende:

1) Da organização do sistema de saúde, que pressupõe a construção de redes de atenção articuladas em um território. Um território de saúde deve:

- Ser autossuficiente na organização e oferta de serviços de saúde, considerando, entre outros, a relação custo-efetividade;

A construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território: implica colocarmos em questão como eles estão se relacionando.

- Organizar a rede de atenção a partir da atenção básica, menor unidade-fração do território sanitário, de onde partem e se organizam necessidades e demandas de saúde;
- Construir e definir de forma inequívoca a responsabilidade sanitária de cada serviço e equipe de saúde, o que significa definir quem é responsável pelo quê e com que condições concretas contam para arcar com encargos sanitários.

2) Além desses aspectos, a produção de saúde depende da integração de ações intersetoriais em um território, cujo intento requer a criação de:

- Nova cultura de gestão territorial, que rompa com o entendimento de que “somando-se o que cada política faz” se produz ação integrada no território; assim, integrar não é somar, senão produzir ações comuns de forma partilhada e corresponsabilizada;
- Mecanismos de cogestão de políticas, espaços coletivos para o encontro das diferenças de uma

pluralidade de sujeitos e diferentes políticas para a produção de entendimentos e ação comum, que resultam de negociações (deslocamentos de posições originais), produção de consensos (provisórios) e a contratação de tarefas de forma coletiva;

- Inovações na gestão pública, decorrentes da ação criativa e criadora de coletivos guiados pela defesa e consolidação do bem-comum; inovações em concepções e na experimentação devem permitir avançar na organização e funcionamento da máquina do Estado, cuja lógica predominante tem sido a do “loteamento e isolamento” de cada uma das áreas e políticas;
- Sistemática de acompanhamento e avaliação do processo e dos resultados da ação intersetorial. Integrar o conjunto de ações de diferentes áreas e setores permite a construção de ação compartilhada e corresponsável, evitando sobreposição de ações e concorrência por recursos.

Dessa forma, a produção de saúde ampliada – exigência decorrente da própria ampliação do conceito de saúde – ocorre de forma mais efetiva: 1) pela construção de sistemas integrados de saúde e 2) pela articulação em um território de um conjunto de iniciativas e ações intersetoriais.

Um exemplo disso são os “Territórios da Cidadania”, iniciativa que busca integrar, em territórios construídos pela sobreposição e articulação de mapas de várias políticas, ações de áreas e setores que, em contato com outras

percepções e proposições, acabam se modificando e se interferindo mutuamente. Além disso, os próprios limites e contornos territoriais das políticas setoriais acabam se modificando em decorrência desta dinâmica integrativa, uma vez que cada política exerce critérios próprios na construção de recortes geográficos. O território das ações intersetoriais passa a ser, assim, aquele onde a ação ocorre de forma concreta, onde as práticas são realizadas, o que não implica abdicar de recortes específicos de cada área ou política.

Além disso, a integração de agendas e atividades pressupõe a realização de uma série de sucessivos deslocamentos, modificações de percepções, atitudes, cultura e forma de atuar, entre os quais:

- Perceber que a ação que se origina em sua área de ação não é necessariamente mais importante e relevante, pois os problemas e desafios são produzidos em redes complexas e, por esta razão, reclamam compreensões ampliadas e intervenções intersetoriais, articulando distintos territórios de saberes e práticas. Assim, em determinados territórios uma política/ação/equipe em particular pode liderar e coordenar processos e em outro território outra política/ação/equipe pode assumir este papel;
- Ampliar a capacidade de escuta entre os vários atores envolvidos, promovendo espaços de coanálise e compreensão dos diferentes olhares sobre a realidade, com o objetivo de construir consensos possíveis, que incluem as diferenças e possibilitem atingir objetivos comuns a todos;

A rede transversal é que parece ser o lugar da novidade na saúde. E ela que pode produzir diferenças nas distribuições de poderes e saberes.

- Capacidade de construção coletiva e compartilhada ou trabalho em equipe: nenhuma ação efetiva sobre realidades complexas é possível sem ação pactuada e corresponsabilizada. Isto exige trabalho em equipe, processos de pactuação, coordenação de ação, monitoramento e avaliação;
- Desenvolver processos de trabalho em que diferentes profissionais, com seus distintos saberes e contribuições, possam se aproximar, fazer trocas, rompendo com a tradicional atuação por categoria ou especialização ou setor. Assim, cada trabalhador de uma equipe de saúde, sem deixar de ser médico, psicólogo, enfermeiro, etc., haverá de ser também um pouco educador, sociólogo, economista, ambientalista, os quais também passarão a ser um tanto médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc. a partir das práticas compartilhadas num dado território. Este deslocamento é fundamental para a construção de ações e projetos comuns;
- Tolerar o outro, sua ousadia, sua insinuação, suas inter-

rogações, suas entradas em outros territórios, de um lado. De outro lado, lidar também com as insuficiências, com as lacunas, com as faltas do outro, sem que isto seja de imediato identificado com alguma intencionalidade para atacar o grupo e seus sujeitos.

Trabalhar em rede, compor projetos comuns na diferença, construir possibilidades para além dos limites de territórios de saberes e práticas estanques é uma exigência ético-política para a produção de mais e melhor saúde. Para se produzir mais e melhor saúde é necessária, então, a produção de novos sujeitos e novas práticas.

A Política Nacional de Humanização e a construção de redes

O fomento de redes cooperativas em diversas instâncias do SUS tem sido o principal objetivo de todas as ações da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS surge com a tarefa de criar métodos operativos que tenham como norte para suas ações o “SUS que dá certo”.

Muitos contextos são marcados por modelos de gestão centralizados em que a comunicação segue padrões verticalizados: “Manda quem pode e obedece quem tem juízo”. A comunicação fica burocratizada e reduzida à “voz de mando” e aos “ruídos de corredores”, gerando processos

de fragmentação e alienação do trabalho. Os modelos de gestão centralizados e verticais concentram o poder de decisão nas mãos de poucos, excluindo os trabalhadores da ponta do planejamento e da avaliação de suas ações. Nestes casos as equipes não se conhecem entre si, os serviços não se comunicam e os profissionais não conhecem a realidade do território em que trabalham nem o resultado de suas ações.

Partindo desta realidade contraditória e adversa, a Política Nacional de Humanização encontrou nas experiências do “SUS que dá certo” os princípios e as diretrizes norteadores para suas ações, sugerindo arranjos e dispositivos capazes de fomentar redes cooperativas que superem o caráter centralizado, fragmentado e verticalizado dos processos de gestão e atenção.

Destacamos a seguir alguns princípios e dispositivos para a construção de redes de produção de saúde.

Por princípio, entende-se o que causa ou força a ação, ou que dispara um determinado movimento no plano das políticas públicas. A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, como movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de saúde:

Transversalidade

- Aumento do grau de comunicação intra e intergrupos;

- Transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde, produzindo como efeito a desestabilização das fronteiras entre os saberes, os territórios de poder e os modos instituídos na constituição das relações de trabalho.

Indissociabilidade entre atenção e gestão

- Alteração dos modos de cuidar como algo inseparável da alteração dos modos de gerir e se apropriar do trabalho;
- Inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos;
- Integralidade do cuidado e integração dos processos de trabalho.

Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos

- Trabalhar implica na produção de si e do mundo, das diferentes realidades sociais, ou seja, econômicas, políticas, institucionais e culturais;
- As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar.

Dispositivos e redes

A Política Nacional de Humanização propõe um conjunto de dispositivos para a qualificação da atenção e da gestão do SUS. Os Grupos de Trabalho de Humanização (GTHs), o Acolhimento com Classificação de Risco, a Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP), a Visita Aberta, a Equipe

Transdisciplinar de Referência, o Projeto Terapêutico Singular, dentre outros, são alguns destes dispositivos de trabalho. Entretanto, o que estamos chamando de dispositivo no HumanizaSUS? Qual a função do dispositivo?

Um dispositivo é uma ação, um projeto, uma tecnologia a ser implementada, algo que dispare um movimento de mudança para transformar as práticas vigentes, tanto na atenção como na gestão em saúde. O acolhimento com classificação de risco, por exemplo, é uma tecnologia que tem por finalidade tornar o atendimento nas urgências e emergências mais eficiente e eficaz, diminuindo o tempo de espera nas filas, reduzindo danos e aliviando a dor e o sofrimento de usuários e familiares.

O acolhimento com classificação de risco é, portanto, um dispositivo que opera com tecnologias e conhecimentos específicos como, por exemplo, os protocolos de classificação de risco. Mas este conhecimento específico precisa ser compartilhado, o que implica arranjos concretos que mobilizem os trabalhadores para a construção de uma ação comum, para o trabalho em equipe.

Construir possibilidades
para além dos limites de
territórios de saberes é
uma exigência ético-política
para a produção de mais e
melhor saúde.



O compartilhamento desse conhecimento e dessa tecnologia específica é um componente fundamental para a implementação deste dispositivo. Mas o que este dispositivo tem a ver com rede de saúde? Tudo!

O acolhimento com classificação de risco não tem como objeto exclusivo as portas de urgências e emergências e não tem como único objetivo diminuir o tempo de espera nas filas. As filas das emergências, o atendimento por ordem de chegada, a ocorrência de mortes evitáveis, quando analisados coletivamente, são problemas que oportunizam introduzir mudanças no processo de trabalho e que podem desencadear movimentos de mudanças em toda a rede de atenção.

Muitas pessoas acabam procurando atendimento nas emergências hospitalares por uma baixa cobertura da atenção básica, ou porque o hospital e unidades básicas existentes num dado território não definiram claramente suas responsabilidades sistêmicas. Uma grande parcela dos problemas de saúde pode e deve ser atendida na atenção básica. Portanto, todos os profissionais de saúde, quer sejam da atenção básica, quer sejam dos hospitais, do samu ou da central de regulação, estão todos direta ou indiretamente implicados na construção de redes e cogenesis do cuidado a partir da implementação do acolhimento com classificação de risco.

Podemos dizer o mesmo para os diversos dispositivos. Eles são ferramentas que disparam mudanças no processo de trabalho agenciando ações com outros dispositivos e grupos de trabalho, na perspectiva de construção de redes solidárias e cooperativas.

“Nós” da rede de produção de saúde

1) Sujeitos e subjetividades

Vamos olhar mais de perto este nosso primeiro “nó” da rede como se utilizássemos uma lente de aumento. À medida que passamos pelos diversos “nós” da rede, devemos ir

aumentando o ângulo da lente, nos permitindo ter uma visão detalhada e panorâmica.

O respeito e o acolhimento à diferença são importantes componentes éticos para a construção de uma rede que se proponha a potencializar a vida e as relações humanas. Não existe rede de saúde que não passe, primeiramente, pelas relações humanas. A construção de vínculos afetivos e de tecnologias relacionais possibilita formas de comunicação fundamentais para a produção de redes de cuidado em saúde. Estamos falando, portanto, de redes vivas, que incluem as diferenças e que também podem produzir diferenças, produzir novos sujeitos.

Cada sujeito possui uma história singular que é marcada por trajetos únicos, compostos por perdas, conquistas e escolhas – profissionais, religiosas, políticas, etc. No entanto, essa singularidade está inserida no mundo. Estamos todos vivendo em extensas e complexas teias de relações sociais que se encontram em constante movimento. Isso nos faz estar, igualmente, em permanentes processos de redefinições, diante de novas escolhas e novas produções, individuais e coletivas.

Não basta, portanto, no plano da prática e da intervenção, compreender que cada sujeito é diferente. Mais do que isso, precisamos estar atentos a essa diversidade e às suas consequências nas interações que estabelecemos no dia-a-dia. Dessa forma, podemos perceber que o simples encontro com uma pessoa nos coloca, de imediato, em

contato com redes de relações que estão constantemente se fazendo e refazendo.

Os exemplos disso estão em toda parte: na relação com nossos filhos, companheiro, companheira e amigos, no ambiente de trabalho, nos grupos dos quais fazemos parte e na relação consigo. Afetamos e somos afetados porque estamos ligados uns aos outros, porque vivemos em rede, porque nos relacionamos para produzir a vida. Se passarmos a perceber o mundo dessa forma, veremos que nossa prática cotidiana pode sofrer alterações.

Tomando um exemplo importante do nosso cotidiano: ao acolhermos uma pessoa numa emergência de um hospital, na sua própria casa por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou num Centro de Atenção Psicossocial (Caps), entramos em contato com uma história de vida e com as redes de relações nas quais essa pessoa está inserida. Redes permeadas por afetividades, hábitos e diferentes modalidades de trocas e interações que possuem um importante papel no processo de produção de

A construção de vínculos afetivos e de tecnologias relacionais possibilita formas de comunicação fundamentais para a produção de redes de cuidado em saúde.

saúde e doença. É fundamental que a construção da rede de saúde possa estar atenta não só aos processos de gestão como aos processos de atenção, construindo projetos terapêuticos singulares dentro de uma perspectiva da clínica ampliada.

Vejamos num caso concreto como o processo de produção de saúde e doença está inserido em redes de relações:

Determinado médico que atua no Programa Saúde da Família relatou, certa vez, o desenrolar do acompanhamento de um garoto de oito anos que apresentava um quadro de febre alta sem causas orgânicas constatadas. Sob efeito de medicação a febre cedia, mas logo voltava. A diretora da escola onde estudava a criança já havia, dada a sua preocupação, solicitado a presença da mãe, pois percebia o garoto muito quieto e desinteressado diante da realização das atividades escolares. Todavia, em outros momentos, ele reagia de forma agressiva com os colegas.

Nos contatos tidos com o médico, a mãe da criança falava pouco, apenas enfatizando que seu filho era um menino muito levado. Intrigados com a tristeza e apatia do garoto, o médico e sua equipe decidiram ouvir, além da mãe e do pessoal da escola, outros membros da família. Após várias reuniões, o grupo constatou que a família do garoto vivia graves conflitos e que a febre poderia ter um sentido ante as dificuldades familiares. O médico e sua equipecreditaram de imediato que a febre poderia estar evitando o espancamento constante do menino por parte do pai, uma

vez que, este, ao se chatear com o filho, lhe dizia: “Sua sorte é que você está doente”.

Se ampliarmos o foco e sairmos da queixa da febre, vamos encontrar, no contexto no qual está inserido o garoto, uma rede de relações (família, escola, unidade de saúde, etc.) que são fundamentais para a produção do seu adoecer. Da mesma forma, veremos que, a partir dessas redes, poderemos encontrar as explicações e saídas possíveis.

Conceber a realidade em rede implica observar os acontecimentos focalizando as suas interligações e os efeitos que produzem cada ligação e que cada ligação produz; implica refletir sobre o papel de cada um dentro dos processos em curso. Por este caminho, vamos identificar que atores estão aí envolvidos, que negociações precisarão ser feitas, que lugares cada um desses atores ocupa no sistema de relações, que caminhos poderão ser percorridos. Os diversos atores devem constituir redes de cooperação sendo, ao mesmo tempo, apoiados e apoiadores do/no processo de produção de saúde. Nessa ótica, o profissional ou a equipe de saúde não são, portanto, os únicos responsáveis pelo processo de buscas para as saídas das dificuldades; a construção do novo passa, doravante, pelo encontro e criatividade das diversas subjetividades envolvidas. No limite, todo sujeito se encontra inserido numa rede de produção de subjetividade. Todo sujeito é um ser em conexão com outros seres e outras vidas.



2) A “equipe de trabalho”

Para afirmar os princípios do SUS, é imprescindível a construção de redes de cooperação que acompanhem a vida humana na sua mais ampla diversidade. A aposta na construção de redes de produção de saúde passa, necessariamente, pela construção de arranjos de gestão que possibilitem o compartilhamento do cuidado e a pactuação de compromissos e responsabilidades entre os diferentes atores envolvidos.

Os processos de trabalho em saúde são muitas vezes fragmentados e verticalizados. Eles são barreiras institucionais que impedem a atuação em rede na produção de saúde, portanto, são desafios a ser superados. A fragmentação e o isolamento levam muitos trabalhadores a ter que criar individualmente respostas para os problemas que enfrentam no cotidiano dos serviços, o que muitas vezes leva ao adoecimento pelo trabalho desgastante e solitário.

Encontramos no SUS muitas experiências nas quais o “compartilhar” e o “pensar conjuntamente” promovem um ambiente de trabalho mais saudável. Se tratar de saúde é tratar também de nossas relações, começamos, assim, por tecer uma rede viva que sustenta nossas ações. Nesse caminhar vamos substituindo o esforço individual de algumas pessoas por uma outra forma de trabalho em rede.

A construção de Projetos Terapêuticos Singulares implica, necessariamente, a construção e o fortalecimento das equipes de trabalho para que possam coletivamente planejar,

Conceber a realidade em rede implica observar os acontecimentos focalizando as suas interligações; refletir sobre o papel de cada um dentro dos processos em curso.

gerir e avaliar suas ações, ampliando o grau de comunicação entre os diferentes atores envolvidos.

As equipes de trabalho devem funcionar como “nós” que se comunicam entre si, constituindo uma rede dentro de um mesmo serviço, criando formas democráticas para planejar e avaliar o trabalho. O fortalecimento de uma equipe de trabalho deve caminhar em direção a outras equipes, ampliando e qualificando as suas ofertas à medida que consolidam uma rede integrada e cooperativa.

A rede-equipe não é um sistema comunicacional típico de um modo de trabalhar técnico-burocrático, verticalizado. Ela é característica de um sistema de múltiplas conexões, em várias direções, que amplia nossa capacidade de criar e transformar os processos de trabalho, aumentando espaços de negociação entre todos os que participam de uma equipe de trabalho e, também, entre as diferentes equipes de trabalho de um serviço.

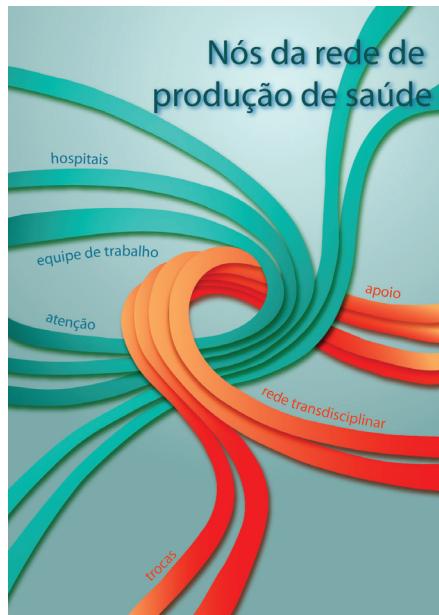
Se pensarmos num hospital, por exemplo, o funcionamento de cada área, os resultados de cada equipe clínica, cirúrgica, de oncologia, seja do que for, estão conectados e

dependem de outras equipes: do laboratório, do hemocentro, do almoxarifado, da lavanderia, da área de diagnóstico por imagem, da nutrição e dietética, da manutenção, da limpeza, etc.

Sujeitos inseridos em equipes de trabalho alteram o rumo de seu isolamento, de um processo fragmentado, individualizado, marcado pela competição e pela quebra das alianças. Uma equipe se constrói na dimensão concreta das práticas, no que acontece no dia-a-dia dos estabelecimentos de saúde, que se desdobra numa construção em rede e constitui um mundo comum.

Pertencendo a uma equipe, podemos entrar em contato com o que é diferente entre nós, de tal maneira que algo se passa na fronteira entre um profissional e outro, entre um enfermeiro e um terapeuta ocupacional, ou entre um psicólogo e um médico. Algo se passa entre eles que os obriga a sair de seus lugares de saber e de poder. Na equipe-rede as fronteiras disciplinares são instáveis, móveis. A equipe é de fato uma rede quando experimenta práticas transdisciplinares. Muitas experiências novas são criadas nas fronteiras móveis entre os profissionais, como quando um médico, em parceria com um psicólogo, desenvolve a habilidade de trabalhar com grupos de discussão com usuários de determinada medicação; ou quando um enfermeiro, com um terapeuta ocupacional, cria oficinas com familiares de crianças que vão sofrer cirurgia cardíaca.

A equipe-rede-transdisciplinar torna as fronteiras entre os saberes disciplinares ins-táveis, produzindo um campo de conhecimentos comuns a partir do compartilhamento, sem perder a especificidade de cada profissional com o núcleo de saberes que lhe dá identidade. Desta forma, permite que outros modos de trabalhar sejam possíveis. Esse modo de funcionamento rompe com as fronteiras rígidas que marcam, muitas vezes, uma maneira de agir nos estabe-lecimentos de saúde. Aqui, o que se privilegia é a relação entre os diferentes trabalha-dores (gerentes, coordenadores, enfermeiros, médicos, etc.), o que quer dizer privilegiar as redes. Quando fixamos territórios disciplinares, de forma que os profissionais não conversam, não trocam experiências, funcionando de uma forma hierárquica e burocrática, podemos dificultar a construção de novos arranjos institucionais em saúde que se constituam em coletivos-rede.



Nas unidades de saúde, este rompimento de fronteiras entre saberes se efetiva quando há aumento de comunicação entre os diferentes membros de cada equipe e entre as diferentes equipes. Este movimento de ampliação da comunicação e da cooperação não deve se reduzir,

entretanto, às equipes dentro de um mesmo serviço. Por mais fortalecidas que estejam as equipes dentro de um mesmo serviço, sabemos que a complexidade de muitas demandas exige que este movimento de grupalização se amplie para além de cada serviço em particular. Estamos falando da construção de redes de atenção em saúde!

3) Os serviços e a rede de atenção

Qualquer serviço de saúde, por mais complexo que seja, não consegue, sozinho, dar conta da atenção integral aos indivíduos e coletivos. Esta tarefa depende de muitos saberes e práticas para que a clínica e a saúde coletiva se deem de forma ampliada e contínua, e muitos outros ainda podem ser necessários para lhe dar suporte logístico.

Se pensarmos num hospital como um “nó” da rede de atenção do SUS de uma dada região, ele precisa se conectar com outros “nós”, que são outras unidades de saúde da região ou macrorregião, para cumprir com suas responsabilidades. Por sua vez, estes outros “nós” só existem em função uns dos outros. Chamamos interdependência a este tipo de relação numa rede de saúde, onde múltiplos saberes e práticas são necessários para que melhores resultados sejam obtidos.

A interdependência que existe entre os distintos serviços para a produção de saúde não isenta nenhum deles de suas responsabilidades sanitárias. Se pensarmos numa

região intermunicipal ou metropolitana, é fundamental que se defina quem faz o quê. Uma mulher que engravidou precisa saber onde pode fazer o pré-natal, se seus exames laboratoriais, ultrassom e outros serão realizados, em que hospital terá seu filho e, se houver uma intercorrência que exija seguimento especializado, quem o fará. Isto implica a necessidade de mapeamento de recursos disponíveis, pactuação dessas responsabilidades sistêmicas e cooperação entre os serviços/equipes. Não há pactuação capaz de antecipar todos os imprevistos que ocorrem no campo da saúde – que são diversos e frequentes, exigindo muita flexibilidade, solidariedade e alta conectividade entre os “nós” da rede de atenção à saúde.

A forma como os serviços entram em relação uns com os outros faz toda a diferença. É possível que serviços definam suas responsabilidades de uma forma burocrática, engessada, com pouca interação. Porém, à medida em que consigam se perceber como complementares, compreender suas finalidades de produção de saúde no SUS, de produção de autonomia/sujeitos e da sustentabilidade necessária

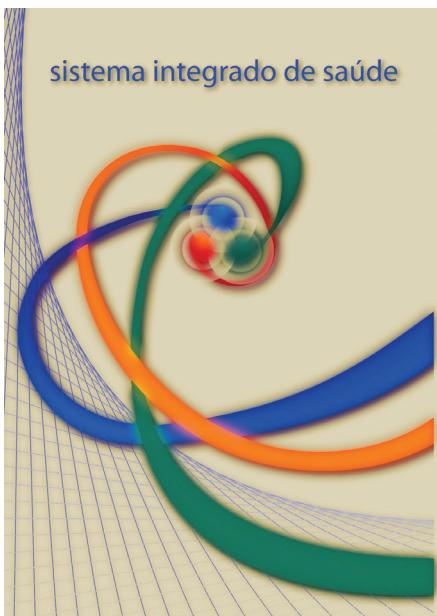
A produção de saúde ampliada ocorre pela construção de sistemas integrados e pela articulação de iniciativas e ações intersetoriais.

a esta política pública, e que passem a estabelecer trocas (discussão dos casos, apoio matricial, co-responsabilização pelas pessoas em sofrimento/seguimento), afetando-se uns aos outros, estes serviços poderão ter maior potência no seu agir, maior agilidade na tomada de decisões e atuação em tempo mais adequado, diminuindo o sofrimento e mesmo mortes.

É só pensar num acidente em que as vítimas estão gravemente feridas e na cadeia de eventos necessários, desde o aviso ao 192 por um transeunte qualquer, a presteza do serviço de remoção/socorro, a orientação da central de vagas que orienta para onde levar, como estão os pronto-socorros naquele momento, o diálogo sobre a situação entre Samu e pronto-socorro e depois de quem presta

o atendimento hospitalar com a ação de vários profissionais com múltiplos saberes, etc. Diminuir o sofrimento destas pessoas e de sua rede social significativa (familiares, amigos, etc.), diminuir as sequelas e óbitos evitáveis são resultados coletivos.

Quanto maior for a interação entre estas pessoas/equipes/áreas/serviços, quanto menores as fronteiras de saber e de poder entre eles, maior a



probabilidade de desenvolvimento de modos de trabalhar que promovam maior impacto, melhores indicadores de saúde, soluções mais criativas, maior satisfação com o trabalho, tanto por parte do trabalhador como dos usuários e gestores.

Há que se refletir que, para a maioria da população, a relação com o hospital para internação e com o Samu para remoção são eventos isolados durante a vida. Um número muito maior de pessoas precisa ter o direito de acessar um serviço de saúde onde estabeleça outro tipo de relação, onde cada pessoa possa ser matriculada e vincular-se a uma equipe de saúde e ter seu seguimento quando portadora de alguma condição crônica (gestação, hipertensão arterial, diabetes, câncer, etc.), ser acolhida diante dos agravos agudos ou intercorrências desta condição.

Estamos nos referindo aos serviços da atenção básica/ atenção primária em saúde, que entendemos que, além de atender a essas demandas das pessoas/coletivos de um dado território, devem ainda coordenar as ações de cuidado, não se desresponsabilizando quando não têm recursos tecnológicos para resolver a situação, compartilhando-a com outros “nós” da rede.

O apoio matricial dos serviços especializados (especialidades médicas, fisioterapia, nutrição, saúde mental, etc.), dos serviços de emergência, de internação hospitalar e da Vigilância em Saúde é imprescindível para que haja resolutividade da maioria dos casos na Atenção Primária.

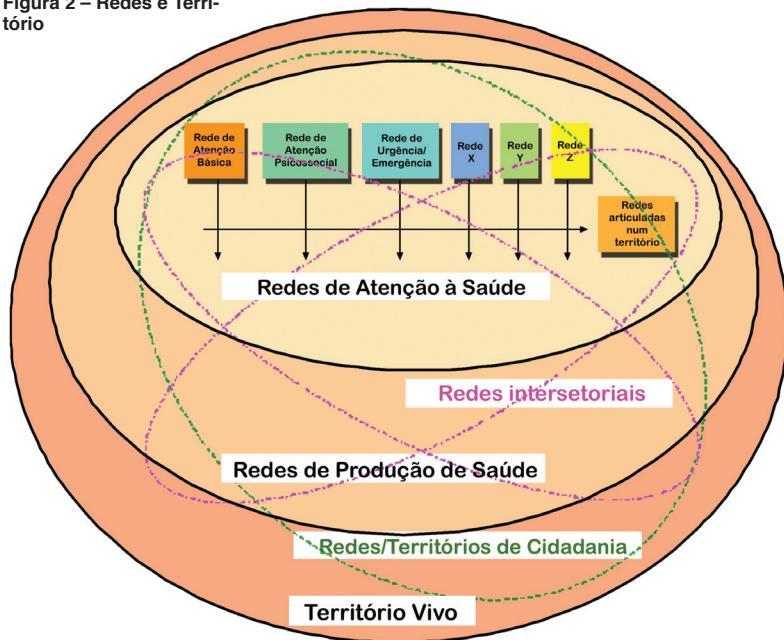
As unidades básicas de saúde, incluindo gestores, trabalhadores e usuários, ao se conectarem com outros “nós” do território em que atuam e para além-fronteiras, ampliam as possibilidades de viabilizar as ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação, articulando ações individuais e coletivas, incluindo a singularidade de cada lugar, com suas histórias, seus problemas, seus recursos, suas relações de poder. São muitos outros “nós” fazendo parte das redes de saúde nos territórios do viver e conviver, estimulando recursos não-convencionais de solidariedade, cooperação e criatividade, produzindo saúde e cidadania.

A estratégia dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias), com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), assim como o programa dos Territórios de Cidadania do Governo Federal, apontam nessa direção.

Para que distintos serviços possam experimentar estas interações, construindo projetos terapêuticos e projetos de saúde coletiva, se responsabilizando de forma complementar por um dado território, precisam criar arranjos de cogestão. Para além do compartilhamento no cotidiano das equipes, a instituição da gestão colegiada entre os atores sociais de uma dada região, onde todos os serviços e segmentos estejam representados sem hierarquia, pode ampliar a eficácia e a efetividade das redes de atenção, ressignificando o SUS para gestores, trabalhadores e usuários, valorizando a vida de todos e de qualquer um.

Não se trata apenas de construir redes no território, mas considerar que as redes inventam/criam o território.

Figura 2 – Redes e Território



4) Redes e Territórios

A organização em rede se espalha horizontalmente. Ela é, portanto, totalmente diferente da organização em pirâmide, com sua base e sua cúpula. Não há hierarquia de importância entre os que a compõem. Há diferentes tipos de poder, diferentes tipos de responsabilidade e funções diversas. Mas todos os seus membros estão no mesmo nível, em termos de poder. Esta seria uma inovação importante para

a atenção e para a gestão do SUS: serviços e pessoas com responsabilidades diferentes, com diferentes tipos de poder e com diferentes funções sem que estas diferenças servissem para hierarquizá-los, para colocá-los em uma escala de valores.



Há algo a superar e algo a incorporar na produção de redes. Se nossa análise priorizar os aspectos normativos, vamos concluir que há um novo entulho autoritário a ser removido; se priorizarmos os níveis de complexidade, concluirímos que o conceito de complexidade não cabe naquele referencial. Por último, a análise de uma rede de



saúde em territórios remete à necessária problematização dos efeitos da localização de serviços de saúde sobre o acesso, a equidade, a qualidade dos serviços e sobre o próprio território.

A gestão em redes pressupõe a conexão entre diferentes, uma capacidade simultânea de produção da heterogeneidade e da produção do comum.

A localização dos serviços de saúde em um território tende a seguir este “acontecer hierárquico”. Visualizamos um sistema hierarquizado com serviços de maior complexidade nas cidades maiores ou, dentro delas, no centro. Já os serviços dos pequenos municípios ou das periferias das cidades maiores das regiões também reforçam este imaginário quando contribuem para a desvalorização deste lugar no espaço.

A potencialidade do conceito de rede na configuração de redes assistenciais está exatamente no reconhecimento de que há convivência das duas lógicas, há verticalidade e há horizontalidade.

Para Teixeira (2005),

O que devemos, portanto, nos perguntar é se nossas redes, em seu trabalho afetivo, têm promovido os melhores encontros, se elas têm promovido a formação da “multidão”, isto é, a própria constituição do estado civil como o melhor regime para a realização de nossa potência. E isso porque, mais do que nunca, o que

está colocado é exatamente o desafio da construção do estado civil, é a luta contra a autodestruição da Cidade, é a restauração dos laços sociais, é a própria (re)fundação do político, como desafios maiores para nossa humanização. (TEIXEIRA, 2005).

A potência do conceito de rede é ampliada quando leva à produção de melhores encontros. Por melhores encontros entendemos não o encontro que busca a homogeneidade, mas o encontro de diferentes que produz um comum mantendo a singularidade. Assim são os encontros de hospitais e serviços da atenção básica em um território ou o encontro da equipe de saúde de uma unidade de produção.

Apostar nesses encontros parece mais promissor que tecer redes entre pessoas ou instituições com identidades mais marcadas, como seriam as redes de profissionais da mesma categoria ou as redes de hospitais, redes de atenção básica, rede de serviços de urgência, de saúde mental, entre outros.

O encontro de sujeitos e de instituições marcadas pela identidade deveria ser a preparação para o trabalho em rede, para o encontro com o diferente, com o que complementa, seja no trabalho da equipe, seja em um território.

Desta forma, procuramos ficar com as duas lógicas: não desconsiderar que é necessária a articulação entre os iguais, mas que é necessário reconhecer e provocar a articulação entre os diferentes, processos que se dão em

territórios. No nosso caso, está posto o desafio de gerar um discurso menos “pasteurizado” a respeito da gestão em rede.

A rede temática ou por identidade não é o lugar da novidade. A novidade é a gestão de “pontos” dos vários temas e de seus fluxos (redes territoriais), e é verdade que as redes territoriais alteram os territórios.

Assumir, se for o caso, que mudar o paradigma da gestão tradicional para a gestão em redes tem implicações: apoiar processos que se diferenciam ao assumir características dos lugares ao mesmo tempo em que mantêm adesão a princípios e diretrizes gerais. Seria coerente com o pressuposto de que incorporamos o conceito de rede para aumentar a horizontalidade e lateralidade.

A regionalização solidária e os Colegiados Gestores Regionais podem se constituir em espaços da produção de redes; é na região que, concretamente, a rede de saúde existe. Ao mesmo tempo, a rede de saúde produz território e, especialmente, produz valores para os lugares. É urgente reconhecer que o processo de descentralização gerou um certo isolamento dos municípios, situação que precisa ser revista. Para tanto, é necessário analisar as redes produzidas com os referenciais que queremos superar e a produção de novos referenciais para a gestão em redes.

O investimento mais urgente da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS é o de propor

desenhos que potencializem a produção de redes quentes. Reconhecer que há o tema, a disciplina, uma identidade que necessita ser aprofundada e qualificada (é necessária a formação para que as emergências atendam cada vez melhor, é necessária uma articulação e uma coordenação das urgências para que se aproveitem experiências acumuladas, se compre o melhor material, para que elas se diferenciem dos outros equipamentos), mas é necessário mais: é necessário que este equipamento, com esta identidade, trabalhe com outros, com outras identidades. Esta é a novidade do conceito de rede.

Referências

- TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS, 2003. p. 49-61.
- _____. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, [S.l.], v. 10, n. 3, p. 585-597, 2005. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1413-81232005000300016&lng=en&nrm=iso&tlang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2009.
- PASSOS, Eduardo; BARROS, R. B. Clínica, política e as modulações do capitalismo. *Lugar Comum*, Rio de Janeiro, n. 19-20, p. 159-171, jan./jun. 2004. ISSN 1415-8604.
- WHITAKER, Francisco. Rede: uma estrutura alternativa de organização. *Mutações sociais*, Rio de Janeiro, ano 2, n. 3, mar./maio 1993. Publicação trimestral do Cedac.

ISBN 978-85-334-1584-3

A standard linear barcode representing the ISBN number 978-85-334-1584-3.

9 788533 415843

Disque Saúde
0800 61 1997

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



Ministério
da Saúde