



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Bibiana Machado Nunes

**Seguindo os fios que tecem as redes com Eugênio Vilaça Mendes e Luiz**

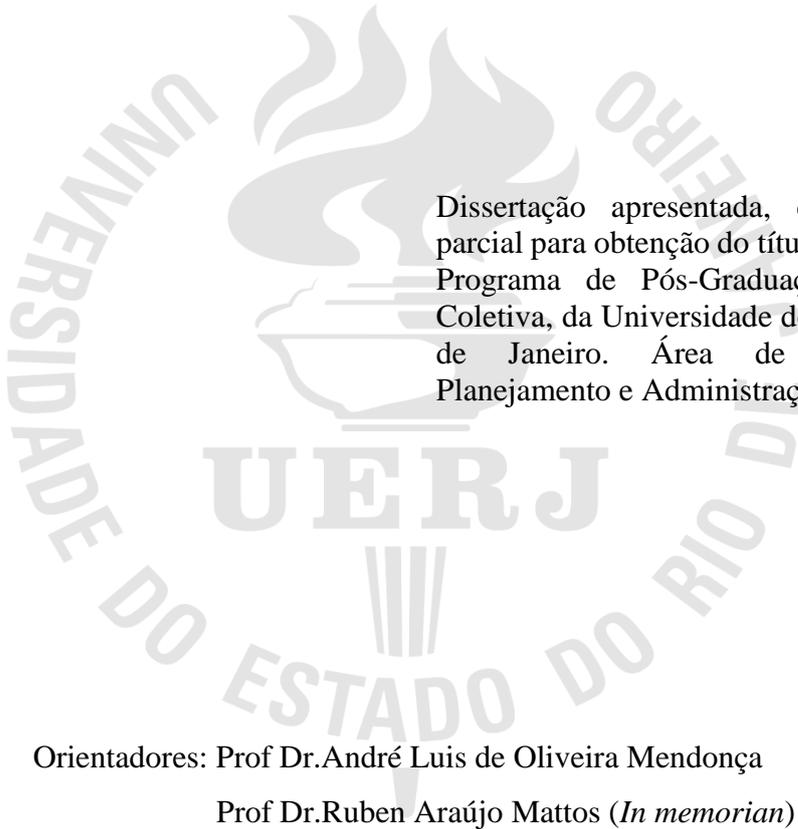
**Carlos de Oliveira Cecilio**

Rio de Janeiro

2021

Bibiana Machado Nunes

**Seguindo os fios que tecem as redes com Eugênio Vilaça Mendes e Luiz Carlos de  
Oliveira Cecilio**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Planejamento e Administração em Saúde

Orientadores: Prof Dr. André Luis de Oliveira Mendonça  
Prof Dr. Ruben Araújo Mattos (*In memoriam*)

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

N972 Nunes, Bibiana Machado

Seguindo os fios que tecem as redes com Eugênio Vilaça Mendes e Luiz Carlos de Oliveira Cecilio / Bibiana Machado Nunes – 2021.

92 f.

Orientador: André Luis de Oliveira Mendonça

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Atenção à Saúde – Teses. 2. Sistema Único de Saúde – Teses. 3. Planejamento em Saúde – Teses. I. Mendonça, André Luis de Oliveira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.2

Bibliotecário: Charles W. M. Mello – CRB 7 6084

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Bibiana Machado Nunes

**Seguindo os fios que tecem as redes com Eugênio Vilaça Mendes e Luiz Carlos de  
Oliveira Cecílio**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Planejamento e Administração em Saúde

Aprovada em 1 de dezembro de 2021.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. André Luis de Oliveira Mendonça (Orientador)

Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro - UERJ

---

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva

Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Catalina Kiss

Universidade Estácio de Sá

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2021

## AGRADECIMENTOS

Agradecer é a parte mais fácil e mais difícil desse processo, porque são tantas pessoas que participam nesse processo que sempre temo deixar alguém de lado.

Mas as pessoas mais importantes, sem dúvidas, são meus pais. Minha mãe, Conceição, minha maior parceira, melhor amiga, companheira de aventuras, você sempre me apoia e estimula, eu devo a você tudo, nunca na minha vida existirão palavras suficientes para expressar o quanto você significa para mim. Meu pai, Adelino, meu amigo e incentivador, sempre me provocando e exigindo que eu me supere, me apoiando e acompanhando em tudo, mesmo nas coisas que ele não concorda, sempre disposto a me escutar e opinar nas minhas ideias. Obrigada por tudo. Amo vocês!

Em seguida agradeço a você André, por ter me acolhido nesse processo louco, em um momento tão delicado e duro, você sempre sensível e disposto a escutar e me apoiar, sua parceria foi fundamental para essa caminhada, serei sempre grata por tudo.

As minhas grandes amigas Camylla e Núbia, que dupla, juntas passamos por muitos momentos, agradeço a vocês por tantas coisas que nem tem espaço aqui para falar tudo, mas quero aproveitar para dizer o quanto eu amo vocês e como a amizade de vocês é fundamental na minha vida.

Aos meus amigos do mestrado, João, Camila, Gabrielle, Cassiana, Ariadne e Laisa, meus malvadinhos, agradeço as conversas, os desabafos, os cafés e cervejas, as reclamações e trocas que permitiram que esse trabalho fosse possível.

Aos meus presentes deixados pelo Ruben: Gabi, Elaine, Bianca e Manu, eu nem sei o que seria de mim se eu não tivesse vocês para seguir, juntas choramos muito, partilhamos as dores e as felicidades, eu agradeço profundamente por ter vocês na minha vida, sem vocês eu jamais teria terminado esse mestrado. Muito obrigada mesmo.

Obrigada também aos colegas do Coletivo Negro Makota Valdina e do grupo de orientação do André, por tantas conversas, trocas escutas e parcerias. E aos meus amigos de mar, que foram fundamentais nesse momento da vida.

Agradeço a muitas outras pessoas na minha vida que aqui não teria espaço para citar, tanto as que não fazem mais parte da minha vida hoje, quanto as que participaram externamente desse processo, os amigos e colegas que em algum momento escutaram e me deram forças nesse processo que se mostrou muito difícil muitas vezes.

Agradeço a banca por aceitar o convite de participar dessa conclusão de processo, especialmente a Tatiana e o Martinho pelas trocas.

Por fim agradeço ao meu orientador Ruben Mattos, eu te conheci muito antes de te conhecer pessoalmente, te conheci lendo para a seleção do mestrado, mas muito antes disso eu te conheci em cada professor que eu tive que estava disposto a me ouvir, com a famosa escuta qualificada, te conheci em cada atendimento médico onde encontrei a preocupação com o cuidado. Existem pessoas que entram nas nossas vidas e ficam para sempre, você é essa pessoa, te conheci pessoalmente nos frios e duros muros de uma universidade no meio de uma cidade e em uma aula, mas te encontro diariamente em cada leitura que faço, em cada vez que eu escuto alguém repetir uma história que já foi contada, em cada passo desse trabalho eu te reencontrei e caminhei contigo.

Eu me lembro perfeitamente do dia em que eu decidi que queria pedir para você me orientar, quando você contou aquela história sobre a menina no hospital de Nova Iguaçu, todos que tiveram o prazer de estar com você sabem que história é essa, depois dessa aula eu te perguntei se a gente podia conversar sobre orientação e você prontamente disse sim e na nossa primeira conversa você me ensinou mais um pouco, quando me escutou e me deu várias possibilidades de como fazer a pesquisa e me disse sem vaidade nenhuma que existiam outras pessoas que podiam me orientar e também me orientou a conversar com algum orientando seu, coisa que eu já tinha feito por acaso, muito antes de pensar em falar com você.

Ainda nessa primeira conversa você me contou muito sobre quem você era e deixou claro que se a gente estabelecesse um vínculo de orientação seria sempre algo muito sincero e foi, pois, depois que eu decidi o que eu queria e que seria com você, nós conversamos diversas coisas e você sempre foi transparente em todo o processo, me dando a confiança que eu precisava.

Eu precisava fazer esse agradecimento especial à você porque juntos construímos esse trabalho, porque mesmo não estando mais presente você esteve em todo o processo, em cada palavra escrita em cada ideia pensada. Obrigada por me mostrar como é um processo de orientação livre, por aceitar os meus não e acima de tudo por me dar a abertura para dizer não, obrigada por me ensinar como ser uma profissional e pessoa melhor, por me ensinar a tentar não criar expectativas, por valorizar o meu tempo e o meu processo, obrigada por me elogiar e por me criticar quando foi preciso, por me valorizar e me escutar como igual e por me ensinar que as críticas são ao trabalho e que devem ser bem-vindas.

Obrigada por inspirar confiança nesse trajeto, por me fazer acreditar na travessia e me dar coragem para mergulhar e nadar até o outro lado.

Dedico este trabalho a você que partiu, mas que vai sempre estar.

## RESUMO

NUNES, Bibiana Machado. *Seguindo os fios que tecem as redes com Eugênio Vilaça Mendes e Luiz Carlos de Oliveira Cecilio*. 2021. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Este trabalho tem como objetivo discutir as redes de atenção à saúde defendidas por Eugênio Vilaça Mendes e Luiz Carlos Oliveira Cecilio, entendendo que estas não são as únicas formas de se pensar as redes. Para isso foi realizada uma leitura crítica de suas obras no intuito de compreender de que forma eles desenvolveram o seu pensamento sobre o tema. Ademais, discutimos alguns dos conceitos fundamentais para o pensamento de tais autores, como distrito sanitários, redes poliárquicas, necessidades de saúde e agir leigo. Através deste debate procuramos analisar e entender o avanço da discussão das redes no contexto da saúde brasileira. Buscamos ainda debater de que forma o debate sobre as redes de atenção à saúde se desenvolveu no contexto brasileiro, perpassando por alguns momentos centrais da história da política da saúde no país, desde o início do século XX até os principais documentos que consolidaram a política de redes no Brasil.

Palavras-chave: Redes de Atenção à Saúde. Sistema Único de Saúde. Planejamento.

## ABSTRACT

NUNES, Bibiana Machado. *Following the threads that weave the hammocks with Eugênio Vilaça Mendes and Luiz Carlos de Oliveira Cecilio*. 2021. 92 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

This paper aims to discuss the health care networks defended by Eugênio Vilaça Mendes and Luiz Carlos Oliveira Cecilio, understanding that these are not the Only ways to think about networks. For this a critical Reading of their works was carried out in order to understand how they developed their thinking on the topic. Futhermore, we discuss some of the fundamental concepts for the thought of such authors, such as health districts, polyarchic networks, health needs and layman' actions. Through this debate, we seek to understand and analyze the progress of the discussion of networks in the context of Brazilian health. We also seek to debate how the debate on health care networks developed in the Brazilian context, passing through some central moments in the history of health policy in the country, from the beginning of the 20th century to the main documents that consolidated the health policy.

Keywords: Health Care Network. Unified Health System. Planning.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CENDES-OPAS	Centro de Desenvolvimento- Organização Panmaericana de Saúde
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DNS	Departamento Nacional de Saúde Pública
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LAPA	Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde
LAPPIS	Laboratório de Pesquisa Sobre Práticas de Integralidade em Saúde
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PBAM	Plano Básico de Assistência Médica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
Pias	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PLUS	Plano de Localização de Serviços de Saúde
PMC	Projeto Montes Claros
PNAB	Plano Nacional da Atenção Básica
PPAS	Política, Planejamento e Administração em Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SILOS	Sistemas Locais de Saúde

SUDS	Sistema Único Descentralizado de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
ZOOP	Zielorientierte Projektplanung – Planificação de Projetos Orientada a Objetivos

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	11
1 <b>TECENDO REDES</b> .....	15
1.1 <b>Introdução</b> .....	15
1.2 <b>Outros antecedentes históricos para as redes desde Vargas até as Reformas de Base</b> .....	16
1.3 <b>A saúde durante a ditadura Civil Militar e o Movimento de Reforma Sanitária</b> ..	20
1.4 <b>Redes no Sistema único de saúde</b> .....	24
1.5 <b>As Redes de Atenção à Saúde</b> .....	29
2 <b>EUGÊNIO VILAÇA MENDES</b> .....	32
2.1 <b>Introdução</b> .....	32
2.2 <b>Primeiras ideias</b> .....	33
2.3 <b>Redes horizontais</b> .....	53
3 <b>LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECILIO</b> .....	58
3.1 <b>Introdução</b> .....	58
3.2 <b>O planejamento</b> .....	59
3.3 <b>Necessidades de saúde</b> .....	66
3.4 <b>Redes e o agir leigo</b> .....	70
<b>CONCLUSÃO</b> .....	81
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	85

## INTRODUÇÃO

Gostaria de começar esse ato de introduzir um trabalho (re)contando um pouco de como as redes entraram na minha vida.

Eu nasci em 1990, ano em que o Sistema Único de Saúde já existia, embora na minha carteira de vacinação ainda esteja escrito INAMPS, com um pequeno problema de saúde: refluxo gastroesofágico em um grau alto, o que me impedia de ganhar peso e que logo foi se tornando uma questão para meus pais. Depois de visitarem muitos médicos e todos dizerem para eles que era necessário que a filha deles fizesse um procedimento cirúrgico e que essa era a única possibilidade de tratamento. Aqui cabe dizer que a minha mãe é uma das pessoas mais teimosas que eu conheço e ela tinha decidido que não queria que um bebê tão pequeno tivesse que fazer um procedimento tão invasivo. Nessa mesma época ela dava aulas particulares de matemática para ajudar no orçamento e para comprar os remédios que eu precisava, uma das suas alunas tinha uma tia que cuidava de mim enquanto ela dava essas aulas. Essa mesma moça, chamada tia mocinha, conhecia uma enfermeira no Instituto Fernandes Figueira e pediu para ela conseguir uma senha para a minha mãe e ela conseguiu e assim eu comecei meu tratamento no IFF, onde havia uma médica que disse a minha mãe que elas podiam acertar um tratamento que não exigiria operação, desde que eu nunca tivesse uma pneumonia, o que nunca aconteceu e depois de alguns anos eu recebi alta.

A vida seguiu seu curso, até que em 1997 a minha avó adoeceu, um aneurisma dissecante da aorta e ficou internada no Hospital de Bonsucesso, mas este hospital não fazia a cirurgia que ela precisava e não conseguia que ela fosse transferida para o local que ela precisava, então minha mãe mais uma vez resolveu encontrar a maneira dela e descobriu o hospital que fazia o procedimento, o Hospital Pedro Ernesto. Ela foi para lá e começou uma saga de encontrar um médico cardiologista e durante 10 dias ela foi todos os dias pedir ao médico que ele conseguisse uma vaga para a minha avó, até que eventualmente ela conseguiu e foi realizada a cirurgia com sucesso.

Eu cresci, estudei, me formei e comecei uma faculdade, história, que tinha sido meu sonho por muitos anos. Terminei e fui trabalhar, mas não estava muito satisfeita e resolvi fazer outro curso, serviço social.

Nessa nova faculdade eu precisei fazer o estágio obrigatório previsto no nosso currículo. Comecei um estágio em um hospital federal de ortopedia e traumatologia e despertou em mim uma pequena curiosidade, muito devido às conversas da minha supervisora, que também se

perguntava muitas coisas. Por que os pacientes depois de operados continuavam voltando para fazer procedimentos básicos? A partir disso comecei a ler sobre referência e contrarreferência, os níveis de atenção e redes, mas tudo muito sem saber o que buscava. Surgiu nesse momento a oportunidade de fazer mestrado e eu me candidatei para esse Instituto.

A partir dessa história da minha trajetória pessoal em busca do cuidado em saúde e das minhas experiências de estágio concluo que esse tema sempre esteve presente na minha vida e acredito que não só na minha, mas em todos aqueles que já caminharam pelo nosso sistema de saúde em busca de cuidado, mas alguns o fazem pelos caminhos das normas e outros vão construindo outras formas de traçá-lo.

O conceito de redes vem sendo desenvolvido em vários campos, da psicologia social, da sociologia, da administração, da tecnologia da informação e a palavra rede tem diversos significados tais como: entrelaçado de fios, de espessura e materiais diversos, formando um tecido de malhas com espaçamentos regular, peça de tecido resistente (de algodão, linho, fibra etc.), suspenso pelas extremidades, para dormir ou embalar, conjunto de estradas, tubos, fios, canais etc. que se entrecruzam, conjunto de pontos que se comunicam entre si.

As redes podem ser para se deitar, para pescar, podem ser constituídas de pessoas, de pontos, de neurônios, de transportes, de internet, a questão é que o seu intuito final é entrelaçar pontos, sejam de coisas, de serviços ou de pessoas, o que ela pretende é unir e no caso da saúde o seu intuito é o mesmo.

Atualmente, esse tema tem sido bastante discutido na área de políticas, planejamento e gestão em saúde (PPAS), segundo Teixeira (2015, 89) no período de 2003-2010, esse foi um dos assuntos mais pesquisados quando se fala de modelos de atenção à saúde e gestão.

Diversas são as formas de se pensar e definir as redes, visto que o debate embora seja bastante difundido, existem vários modelos em disputa.

Uma dessas maneiras é a ideia de redes interfederativas, apresentadas por Santos e Andrade (2008), que defende que todos os serviços de saúde de todos os entes federativos devem se unir, criando uma rede e construindo um sistema único, o que se defende é um Estado unitário na saúde, ao invés da federação que hoje existe, esse estado teria um único centro de poder.

A rede interfederativa mudaria a forma de interação entre estados, municípios e a federação, a ideia é que não houvesse hierarquias, o objetivo é a unidade sem isolamento e ela é distinta da rede de serviços:

A rede interfederativa engloba a rede de serviços, mas não é esta. A rede de serviços tem postos e saúde, hospitais, tecnologias, profissionais, unidades; a rede

interfederativa tem colegiados e agentes políticos, que deliberam sobre o sistema, porém não pode ser confundida com o próprio serviço de saúde e seus profissionais, ainda que estes sejam parte dela (SANTOS; ANDRADE,2008, 48).

Ela seria a “interconexão dos entes políticos responsáveis pela saúde”, juntos eles iriam gerir um sistema integrado de saúde (SANTOS; ANDRADE,2008, 49-50). A perspectiva desses autores na minha opinião é interessante, mas limitada por ser meramente de caráter da norma, se pensa somente na organização de um modelo, sem considerar os usuários, que é o principal.

Outra maneira de se pensar o tem são as redes vivas, que tem sido muito usada para se pensar um cuidado integrado e usuário centrado no campo da saúde mental, entendidas como:

fragmentárias e em acontecimento, hipertextuais, ou seja, às vezes são circunstanciais, montam e desmontam, e às vezes elas se tornam mais estáveis, mas comportam-se mais como lógicas de redes digitais, que podem emergir em qualquer ponto sem ter que obedecer a um ordenamento lógico das redes analógicas, como um hipertexto. Assim, uma rede institucionalizada como analógica – como a noção de rede primária e secundária de cuidado –, pode ser disparadora, mas ela vai se encontrar e ser atravessada por inúmeras outras redes, de outros tipos não analógicos (MERHRY et al, 2014, 5-6)

Essa maneira de pensar tem relação com a ideia de que se pensar um modelo de projeto terapêutico único é algo que simplifica a multiplicidade da vida do usuário e não produz nem encontro, muito menos cuidado. Essa visão é apresentada por Emerson Merhy e coloca o foco no protagonismo do usuário e na desterritorialização, entendendo que não existe caminho único a ser seguido quando se trata da saúde (HADAD, 2018).

Outro autor que opina no debate é Gastão, que sugere trocar a forma de pirâmide por um redemoinho de ponta a cabeça, um modelo em movimento que teria como energia as necessidades e interesses do usuário, borrando as divisões entre atenções (CECÍLIO, 1994).

Temos também as definições propostas pelas agências mundiais de saúde, a Organização Panamericana de Saúde em 2010, produziu um documento chamado *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*” onde ela define as redes integradas de saúde como:

*una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a render cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve* (OPAS, 2010, p.31).

A Organização Mundial da saúde definiu redes como:

a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao

longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde”. (WHO, 2008, p.1)

O meu objetivo neste trabalho é fazer uma discussão baseada em dois autores de referência, Luiz Carlos de Oliveira Cecilio e Eugênio Vilaça Mendes sobre o tema das redes, para isso foi feita a leitura de alguns dos seus principais trabalhos, desenvolvendo uma espécie de contextualização das suas obras, com a intenção de entender a caminhada deles até chegarem a este tema.

A razão pela qual os escolhemos tem a ver com o lugar que cada um ocupa e ocupou no debate sobre o SUS. Mendes por seu papel como consultor de organismos internacionais e pela sua atuação no desenvolvimento da portaria 4279/2010 e Cecilio por ser um pensador de uma corrente que tinha como objetivo uma atuação política que promovesse a conscientização sanitária da população, mas que também pensava propostas de mudança nos modelos assistenciais.

Uma coisa que quero apontar nesta introdução é a minha escolha de escrever este trabalho na em 1ª pessoa do singular (eu), mas em 1ª pessoa do plural (nós), isso porque eu acredito que embora o processo de escrita seja individual no seu ato final, ele é construído por diversos sujeitos. Ademais, quero deixar claro que essa escolha não tem relação com uma tentativa de parecer neutra, visto que não existe neutralidade científica e durante o texto fica claro que a minha análise longe disso parte da análise materialista histórica e dialética da realidade (NETTO, 2011). Apontado isso, o próximo passo é explicar como o trabalho está composto.

No meu primeiro capítulo eu tentei fazer um processo de retomada do debate sobre a regionalização no Brasil, desde o início do século XX, até chegar às Redes de Atenção à Saúde (RAS), passando por alguns momentos centrais da política de saúde brasileira e apresentando uma perspectiva que quebra com a tradicional ideia da originalidade do relatório Dawson quando se trata do debate da regionalização em saúde.

O segundo traz para o debate o pensamento de Eugênio Vilaça Mendes, buscando entender a sua formação e o desenvolvimento do seu trabalho, entendendo que a sua produção tem três pontos centrais: os distritos sanitários, as microrregiões e as redes de atenção a saúde.

O último capítulo trata do trabalho de Luiz Cecilio e está dividido em 3 partes, que acredito serem centrais no seu pensamento, o planejamento em saúde, as necessidades em saúde e as redes e o agir leigo.

Por fim, temos uma breve conclusão onde podemos fazer a crítica a estes autores, levantando os seus limites e possibilidades.

## 1 **TECENDO REDES**

### 1.1 **Introdução**

O tema das redes de atenção à saúde ganhou uma relevância muito grande no debate do Sistema Único de Saúde a partir dos anos 2000, com a criação da Norma Operacional de Assistência à Saúde, mas esse debate é muito anterior à criação do SUS.

A historiografia tradicional remonta ao legado inglês deixado pelo relatório inglês Dawson de 1920<sup>1</sup>, que é apontado muitas vezes como o grande percussor do assunto, tendo ele dado origem aos conceitos de “níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária, além de considerar os mecanismos de integração, como sistemas de informação e de transportes” (KUSCHNIR; CHORNY, 2010, p. 2309) e por dar um grande foco na territorialização como ponto central para as redes. Entretanto, sem deixar de reconhecer o papel que o relatório teve para a história de sistemas de saúde, é preciso ressaltar que este mesmo relatório de 1920, foi deixado de lado por alguns anos, sendo retomado na década de 40, quando se começa a discussão sobre um sistema de saúde inglês.

Ademais, alguns autores, como Silva Jr (1997), apontam que uma das primeiras experiências de um sistema nacional de saúde regionalizado ocorreu na Rússia czarista, a partir de 1860, num projeto chamado zemstvo, um sistema que pavimentou o caminho para a saúde soviética em muitos aspectos, esse projeto criou a organização médica, desenvolveu uma rede de estações médicas em todo o país que poderia melhorar e crescer em número. E, acima de tudo, acostumou a população à ideia de que a medicina não era negócio, mas um serviço público (SINGER apud COSTA, 2020).

Este projeto seguiu sendo aperfeiçoado após a Revolução Russa e segundo Silva Jr, essa experiência influenciou a associação de médicos estatais ingleses, que tinham uma aproximação com o socialismo, e estes haviam criado uma proposta mais radical de regionalização e democratização do acesso e o relatório Dawson, na realidade, foi uma resposta mais conservadora a essa proposta orientada pela experiência russa (1997, 47).

---

<sup>1</sup> Nele constava a primeira proposta de organização de redes regionalizadas, “cujos serviços de saúde deveriam acontecer por intermédio de uma organização ampliada que atendesse às necessidades da população de forma eficaz” (OLIVEIRA, 2016, p.15). O relatório tinha como objetivo criar uma forma de organizar a ofertas de serviços para a população de uma dada área.

O relatório inglês, inegavelmente, deixou marcas na história da formação de sistemas de saúde mundiais, no entanto o que queremos ressaltar aqui são algumas experiências brasileiras do século XX, que demonstram que a divisão em regiões/ áreas de saúde, que são um dos princípios das redes, já ocorria antes e depois do relatório Dawson, mas mais do que isso, muito antes da criação do Sistema Único de Saúde, mostrando que esse debate perpassa as discussões brasileiras há algum tempo. Entretanto, sem querer incorrer no erro anacrônico (BLOCH, 2001) de dizer que estas discussões já eram o germe das redes no Brasil, o que desejamos demonstrar é que nós discordamos com a ênfase que a história da saúde no Brasil dá na influência inglesa (KUSCHINIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2011) e, também dos posicionamentos de que esse tema foi deixado de lado até a publicação da NOAS 2001 (KUSCHINIR et al, 2014, p. 129).

Após essa breve desmistificação sobre as origens do pensamento sobre regionalização em saúde e redes, o nosso caminho nesse capítulo será de abordar algumas discussões que antecederam as redes de atenção no Brasil passando por alguns momentos da política de saúde brasileira até chegar nas redes de atenção à saúde no Sistema único de Saúde.

## 1.2 **Outros antecedentes históricos para as redes desde Vargas até as Reformas de Base**

No século XIX, já existiam no Brasil algumas ações de saúde pontuais, Baptista (2007, 32) afirma que no período colonial algumas medidas foram implementadas, como o saneamento e proteção das cidades, o controle de algumas doenças e dos doentes. Mas é somente com a promulgação da República, em 1889, que a política de saúde vai ganhar mais destaque, especialmente, porque esse foi o momento em que a economia cafeeira vai se solidificar e necessita cada vez mais de uma mão-de-obra consistente e de maior controle nos portos exportadores.

Neste período surgiu o primeiro movimento sanitário brasileiro, resultado de uma preocupação com epidemias e que levou a criação das duas principais instituições de pesquisa biomédica e saúde pública do país: o Instituto Soroterápico Federal (1900), que em 1908 mudaria de nome para Instituto Oswaldo Cruz, e em 1970 para Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e o Instituto Butantã (1889), em São Paulo (LIMA; FONSECA; HOCHMAN; 2005, p.33). Esse movimento emergiu nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, mas ele foi responsável por realizar incursões pelo interior do país, na tentativa de combater doenças rurais,

como a doença de chagas e ancilostomíase e através dessas incursões concluíram a importância de uma ação Estatal para o combate das doenças endêmicas. Além de apontarem que esse adoecimento era a razão para o atraso econômico do país. Por fim, os sanitaristas colocam a saúde como questão social e política e um obstáculo à civilização (LIMA; FONSECA; HOCHMAN; 2005, p.35).

Em 1904 ocorre a reforma de Oswaldo Cruz, em 1904, que vai reestruturar a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), criada em fins do século XIX, esta vai reforçar a participação federal na saúde, com o intuito de manter as fiscalizações sanitárias dos portos e de atender aos problemas de saúde da capital. A organização da DGSP trouxe como uma das inovações a descentralização das atividades executivas mediante a divisão do Distrito Federal, o Rio de Janeiro, em dez Delegacias de Saúde (AGUILERA CAMPOS, 2007, 881).

Em 1906, a reforma do serviço sanitário paulista, que promoveu uma divisão territorial do Estado de São Paulo em 14 distritos, com uma população adscrita em aproximadamente 150 mil pessoas por centros de saúde e tinha uma ideia de planejamento de uma assistência descentralizada, Mello e Ibañez (2011,856) apontam que essa experiência se aproxima, “de grosso modo”, ao que atualmente se entende por distritos sanitários.

Essas duas reformas são as primeiras que destacamos como precursoras do debate e ação de regionalização no cenário nacional, o segundo momento histórico que queremos apontar ocorreu na Era Vargas (1930-1945).

Em 1930, Getúlio Vargas assume a presidência do país, depois de ter perdido as eleições para o candidato da Aliança Liberal, através de uma revolução. Assim que Vargas assumiu a presidência, num governo provisório, ele fechou o Congresso Nacional e as assembleias estaduais e municipais foram fechadas, os governadores depostos e a constituição de 1891 revogada (PANDOLFI,2011,17). Foi ainda no governo provisório que foi criado Ministério da Educação e Saúde Pública.

Os primeiros quatro anos do ministério foram marcados por uma instabilidade de ministros, tendo passado pelo cargo Francisco Campos, Belisário Pena e Washington Pires, isso mudou em 1934, quando Gustavo Capanema assumiu o cargo, ficando até 1945. Capanema foi responsável por diversas reformas que se manteriam até 1953, quando foi criado o Ministério da Saúde (FONSECA, 2010,138).

Capanema teve com um dos seus principais aliados no governo o higienista João de Barros Barreto, que ficou a cargo da direção do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNS), este foi responsável pela criação de diversas normas que orientou as reformas nas

organizações estatais de saúde, para a implementação de um sistema distrital baseado na descentralização executiva (FONSECA, 2007, 185).

Em 1937, quando a reforma Capanema foi aprovada, começou uma série de mudanças que tinham como pontos principais: uma direção única, organização de um laboratório central de saúde pública, divisão do território em distritos sanitários” (BARRETO apud Fonseca 2007, 189). Capanema, dividiu o país em 8 regiões, cada uma delas contava com uma delegacia federal de saúde, os estados seriam divididos em distritos sanitários e seriam responsáveis pela instalação de centros de saúde e postos de higiene, desenvolvidos a partir da consideração de área de abrangência e o número da população a ser atendida (FONSECA, 2007; HOCHMAN, 2005).

Em 1942, foi criado dentro do ministério o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), este tinha as suas atividades voltadas para a qualificação de profissionais de saúde e para a criação de uma rede integrada de serviços de saúde (FONSECA, 2010, 144). O ministério sob a gestão de Capanema teve como uma das suas principais preocupações marcar presença em todos o país, o seu objetivo era: “partir das capitais para investir no interior, nos municípios e montar uma rede bem articulada de serviços de saúde” (FONSECA, 2007, 173).

Essa breve contextualização da política de saúde no governo varguistas nos ajuda a entender que uma preocupação com a integração dos serviços de saúde, através de uma divisão territorial já era uma questão antiga no pensamento em saúde no Brasil e, para além disso, já se pensava na possibilidade da criação de uma rede, ressaltando que essa não é a rede que posteriormente apareceria nos documentos das instituições internacionais de saúde nos anos 70 e 80, nem tampouco as Redes de Atenção à Saúde (RAS) dos anos 2000. Redes vão se desenvolvendo e adquirindo novos sentidos conforme o tempo histórico em que são pensadas, mas no seu sentido mais cru, de um sistema de pontos interconectados, já havia um debate, antes mesmo da criação do Sistema Nacional Inglês, que normalmente é apontado pela historiografia em saúde como a nosso principal influenciador.

Ainda durante o governo Vargas foi criada a Conferência Nacional de Saúde (CNS), a primeira delas ocorreu em 1941 e, tinha como intuito “fortalecer os projetos de expansão e padronização das ações de saúde nos estados” (FONSECA, 2007, 212).

O próximo ponto que queremos destacar aqui é a terceira CNS, ocorrida em 1963, no governo de João Goulart, num momento marcado pela instabilidade política, na iminência de um golpe de estado. A 3ª CNS teve como a finalidade: “o exame geral da situação sanitária nacional e a aprovação de programas de saúde que, se ajustando às necessidades e possibilidades do povo brasileiro, concorram para o desenvolvimento econômico do País”

(SOUZA, 2014, 30) e o seu tema central era a situação sanitária da população, com a intenção de:

traçar uma radiografia do estado sanitário brasileiro, partindo do pressuposto de que a saúde é incompatível com a pobreza; discutir atribuições entre as três esferas de governo e discutir a municipalização de serviços de saúde (SCOREL; BLOCH, 2005).

Os subtemas foram: a situação sanitária da população brasileira; a distribuição das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal; a municipalização dos serviços de saúde; e a fixação de um plano nacional de saúde (SCOREL; BLOCH, 2005).

A 3ª CNS foi presidida pelo Ministro da saúde da época, Wilson Fadul, que defendia uma reforma sanitária municipalizante e criticava a fragmentação dos serviços de saúde. O desejo nesse momento era a criação de um plano nacional de saúde e uma política nacional de saúde que fosse adequada a realidade do país, capaz de levar ações de saúde para o interior da nação, através da municipalização, para isso o ministério da saúde propôs a criação de uma estrutura básica de órgãos de assistência médico atendendo todo o país, com a centralidade dos municípios, sendo estruturados a partir das necessidades e possibilidade de cada região (SOUZA, 2014)

No discurso de João Goulart na sessão inaugural da conferência ele aponta que a relação do desenvolvimento econômico de um país tem relação direta com a saúde da população e o Ministério da Saúde colabora com a incorporação dos municípios em uma: “rede básica de serviços médicos- sanitários, que forneçam a todos os brasileiros um mínimo indispensável à defesa de sua vida” (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992, 26)

A municipalização proposta nesse momento, partia da ideia de que as populações locais tinham melhores condições de identificar quais eram seus problemas de saúde, Jango acreditava que a melhora das condições de vida da população se daria através da “criação de uma estrutura básica de órgãos de assistência médico-sanitária, atendendo a todo o País, mas tendo como centro de ação os municípios” (FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 1992, 202).

A 3ª CNS foi fundamental para a discussão de uma descentralização dos serviços de saúde, com a centralidade nos municípios, no entanto ela ocorreu três meses antes do golpe militar de 1964, que encerrou esse movimento. As próximas conferências foram marcadas pelo aumento do controle burocrático do Estado autoritário e temas como regionalização, articulação entre os níveis entre outros, só retornarão na 7ª conferência, de 1980 durante o mandato de Figueiredo (SOUZA, 2014)

A 3ª CNS, para Escorel e Bloch (2005, 91-92) “teria sido, a prima precoce abortada da 8ª CNS e foi citada e revisitada à época das discussões em torno da Reforma Sanitária (1985-1986) por seu cunho municipalista e descentralizante”.

Inegavelmente esta conferência demonstra uma preocupação cada vez maior de se discutir propostas nacionais de saúde, baseadas nas ideias de regionalização e descentralização, apontando para o desenvolvimento de um pensamento em saúde baseado na necessidade da integração dos serviços de saúde.

Em 1964 aconteceu o golpe militar, dando fim a democracia e a liberdade política, começa um período marcado pela centralização do governo.

### 1.3 A saúde durante a ditadura Civil Militar e o Movimento de Reforma Sanitária

Em 1966, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que unificou os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), criados pelo governo Vargas. Com essa junção foram criadas 10 divisões regionais com 67 distritos sanitários, com 4 coordenadorias: saúde da comunidade, assistência hospitalar, saúde mental e serviços técnicos especializados, que existiu até 1985 (MELLO; IBAÑEZ; VIANA, 2011, 858)

O INPS ampliou a abrangência de suas ações e os segmentos de trabalhadores, mas também manteve os cidadãos que não contribuem para a previdência excluídos do acesso à saúde, estes dependiam do atendimento das santas Casas de misericórdia ou dos postos de saúde, desde que se encaixem em algum perfil dos programas oferecidos. Ademais, o período da ditadura foi marcado pelo favorecimento das práticas de saúde individuais, assistencialista em detrimento das ações de saúde pública, do estímulo à formação de um complexo médico industrial e do desenvolvimento da prática médica orientada para a lucratividade (ESCOREL, 2012, 327), posteriormente mudaria para a Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Apesar da valorização da assistência médica privatista e individual, vai ser nesse período que surgiu no horizonte uma nova organização, o movimento sanitário, composto pelo movimento estudantil e pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), pelo movimento dos médicos residentes e pelos profissionais da docência e pesquisa em saúde. Esse movimento acreditava na democratização dos setores saúde e na reforma sanitária, que tinha como marco

a unificação dos serviços, sem fins lucrativos e com a participação social dos usuários (SCOREL, 2012, 341- 342).

Membros desse movimento fizeram parte das experiências do Plano de Localização de Serviços de Saúde (Plus), do Projeto Montes Claros (PMC) e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass) que foram algumas das primeiras experiências nacionais que tiveram como premissa as diretrizes da reforma sanitária. Scorel afirma que:

o modelo construído com a experiência dos três projetos institucionais caracterizou-se como regionalizado, hierarquizado em quatro níveis assistenciais, com definição de porta de entrada para o sistema. Suas principais diretrizes eram: a universalização, a acessibilidade, a descentralização, a integralidade e a ampla participação comunitária (2012, 346).

É importante ressaltar que o conceito de regionalização se difundiu no Brasil, na segunda metade dos anos 60, chamada da década do planejamento em saúde, quando o conceito se torna orgânico na ideia de integração das áreas de planejamento e administração (MELLO; VIANA, 2012, 1230).

Os últimos anos do governo ditatorial foram marcados por uma grande crise econômica e pelo crescimento da inflação e da dívida externa e em 1978, sob o governo de Figueiredo começou um lento processo de retomada da democracia. Nesse período, o movimento pela reforma sanitária se fortaleceu e ampliou, nesse contexto surgiu o Prev-saúde, que pretendia integrar os ministérios da saúde com o da previdência e assistência social, a partir dos serviços básicos de saúde, muito influenciada pela conferência de Alma-ata.

O Prev-saúde tinha como alguns dos seus objetivos a universalização dos serviços básicos de saúde, a hierarquização da oferta de serviços por níveis de complexidade, com a atenção primária como porta de entrada e participação da comunidade (SCOREL, 2012, 349). Essa foi uma proposta que fortalecia o setor público de saúde e ao estimular a participação da população mostrava um perfil democrático, mas o projeto acabou nunca saindo do papel, sendo engavetado, mas demonstra como a universalização da saúde, a divisão de níveis de complexidade para o atendimento, com a centralidade da atenção básica estavam na ordem do dia e cada vez mais articuladas.

É fundamental, ressaltamos também a experiência das Ações Integradas de Saúde (AIS), criadas em 1982 e implementadas em alguns estados brasileiros no ano seguinte, mas que em 1984 foi adotada como “estratégia nacional de reordenamento política nacional de saúde” (SCOREL, 2012, 352). Algumas das suas diretrizes eram: hierarquização, regionalização e referência e foi com as elas que começou um processo de universalização da saúde no Brasil, ademais as AIS foram fundamentais para a implementação de um sistema unificado de saúde

federalizado e democrático, processo esse que se deu a partir do seu aprofundamento (PAIM,1986,179).

A ditadura militar foi fundamental para ampliar o sistema privado de saúde, mas no seu final começou um processo de ampliação das políticas públicas de saúde, muito influenciada pelo movimento sanitário que se formou na época, estabelecendo ações que tiveram como marcos a regionalização, a descentralização e a universalidade, dando o pontapé inicial para a futura formação de um sistema nacional universal e descentralizado. Não se falava no momento de redes, mas mais uma vez se pensavam estratégias que entendiam a importância da divisão em territórios de saúde, da integração entre os serviços, o que vemos é cada vez mais um amadurecimento dessas ideias como centrais para a garantia do acesso da população à saúde.

Com o fim da ditadura começou o processo para a criação de uma nova constituição democrática, nesse contexto ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi fundamental para a reforma do sistema de saúde, uma das muitas diretrizes que a CNS discute é a integração das ações de saúde preventivas, curativas e de reabilitação e a integração entre os níveis federais, estaduais e municipais, com unicidade na estrutura gestora de cada um. A oitava fez uma sistematização dos pensamentos provenientes do movimento da reforma sanitária.

Em 1987, antes mesmo do texto constitucional, foi criado o Sistema Unificados e Descentralizados de saúde (Suds), que tinha como princípios: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária. Para Paim, o Suds funcionou como uma estratégia ponte “para a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, enquanto se desenvolviam trabalhos da constituinte e da elaboração da legislação ordinária para o setor” (apud CORDEIRO, 1991,91).

No final dos anos 70 e começo dos 80, no contexto internacional se formava o debate sobre os Sistemas Locais de Saúde (Silos), esta proposta foi propagada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) pelo mundo e em especial na América Latina pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS). O Silos, tiveram grande influência do relatório Dawson (LIMA; MACHADO; ALBUQUERQUE; IOZZI, 2012) e propunham um arranjo dividido por espaço populacional determinado, que levasse em conta os recursos de saúde da região, estimulava a descentralização, levava em conta as necessidades da população adscrita e estimulava a criação de redes de serviço capazes de fortalecer as ações de saúde (SILVA Jr, 1997, 55).

Com a criação do Suds alguns estados, como a Bahia, começaram experiências baseadas na proposta dos silos, dando início a um processo de regionalização das ações de saúde através dos distritos sanitários (DS), criados a partir da caracterização da população e o fluxo dos

serviços. Os DS eram caracterizados “como uma unidade mínima do sistema de saúde, com uma base territorial populacional e um conjunto de equipamentos de saúde” (SILVA Jr, 1997, 67).

Cordeiro (1991, 101) afirma que os distritos sanitários eram um conceito técnico operacional, que modifica o conteúdo das práticas de saúde, integrando promoção, prevenção e recuperação da saúde, dando continuidade e resolutividade ao atendimento, sendo capaz de resolver de 80 a 85% das demandas em saúde, sem a necessidade de se acessar outras unidades de saúde de maior complexidade.

Os Ds eram uma proposta de mudar o conjunto de práticas de saúde sob uma base territorial definida, o que se desejava era “estabelecer uma nova forma de relação e de responsabilidade dos profissionais de saúde com a população” (CORDEIRO, 1991, 117).

Os Distritos sanitários foram se estabelecendo com o Suds e depois seguiram no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma unidade operacional mínima do sendo implantados junto do processo de descentralização e regionalização da saúde no país. Mas, com o passar dos anos os DS forma perdendo força no debate sobre regionalização, até cair no ostracismo. (FARIA; BORTOLOZZI;2012,)

Nosso objetivo em fazer essa retomada histórica sobre as discussões sobre territórios, regionalização, descentralização e integração é demonstrar que esse tema já perpassa a discussão em saúde muito antes da criação do nosso Sistema Único de Saúde, com o entendimento que num país como o nosso a divisão em regiões e a integração entre elas e os serviços é fundamental para a garantia do atendimento em saúde, mesmo quando havia a dicotomia entre a saúde pública e a previdenciária.

O que hoje se discute sobre o entendimento de redes de atenção à saúde, só se define com esse nome e com as suas diretrizes depois da criação dos SUS, mas alguns dos pontos que são fundamentais para a construção das redes já estavam sendo adotados e pontuados muito antes da construção do nosso sistema.

Ademais, nossa intenção aqui era tentar escapar um pouco da literatura oficial que tem ressaltado quase que exclusivamente a influência do relatório inglês de Dawson no tema sobre redes. Esperamos ter conseguido minimamente demonstrar, sem negar a importância deste, outras possibilidades de se discutir essa história no nosso país.

A partir daqui vamos começar uma discussão para tentar entender como foi o processo da criação das redes no nosso sistema de saúde, trazendo alguns para o debate crítico com a literatura alguns dos principais documentos sobre o tema.

#### 1.4 Redes no Sistema único de saúde

Em 1988, foi promulgada a nova constituição do Brasil, que ficou conhecida como a constituição cidadã, por retomar direitos sociais reprimidos, também por permitir aos analfabetos e maiores de 16 anos o direito ao voto, por garantir a obrigatoriedade do Estado de fornecer educação fundamental e gratuita a todos e a saúde como direito de todos e dever do estado (BRASIL, 1988).

O artigo 198 da nova carta magna dizia que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”, baseadas nas diretrizes da descentralização, com direção única em cada esfera de governo; do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

A constituição estabeleceu a criação de um sistema único de saúde, que começou a ser implementado na década de 90, com a promulgação da Lei Orgânica da saúde (LOS) (lei 8.080/90), que dispunha sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços também relacionados à saúde, e com a lei complementar 8.142/90, que deliberou sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A lei orgânica da saúde estabelece os princípios e diretrizes do SUS, como a integralidade, a participação da comunidade e a universalidade, mas o que queremos destacar é a “descentralização política- administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.” (BRASIL, 1990)

A lei estabeleceu a necessidade da descentralização, ou seja, redefiniu as responsabilidades entre os níveis e reforça a importância dos níveis estaduais e municipais, mas além disso foi estabelecido que o sistema de saúde seja dividido pelo território nacional a partir das necessidades de cada região e que também é preciso que haja um planejamento da distribuição dos serviços a partir de níveis de atenção.

Ou seja, a partir da constituição federal que definiu que os serviços de saúde devem constituir uma rede regionalizada e hierarquizada e da LOS, que garantiu a implementação do SUS, começa a haver uma movimentação para a organização das redes de atenção à saúde, entendidas como:

o conjunto de estabelecimentos, de diferentes funções e perfis de atendimento que operam de modo ordenado e articulado no território, de modo a atender as necessidades de saúde de uma população. Os diversos equipamentos e serviços que compõem uma rede de saúde, na prática, funcionam como pontos de atenção onde o cuidado à saúde é oferecido. Diferentes redes de atenção à saúde podem ser encontradas em decorrência das ações desenvolvidas, dos tipos de casos atendidos e das formas como estão articulados e são prestados os atendimentos (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012, 369)

Após a criação do SUS, foram elaboradas as normas operacionais básicas (NOBs) que tinham como objetivo desenhar o sistema de alocação dos recursos do sistema, sendo publicadas 4 normas: 1991, 1992(similar a anterior), 1993 e 1996.

A NOB 91, estabeleceu um sistema de alocação de recursos que se baseou no pagamento direto do Ministério da Saúde à atenção médico hospitalar, reduzindo a atenção à saúde aos serviços médico assistenciais, ao realizar pagamentos por procedimentos, desconsiderando as ações de alcance coletivo, criando um sistema que distribuía os recursos a partir da capacidade instalada, retirando dos municípios e estados o poder na definição do processo alocativo. Ou seja, gerando uma centralização do sistema de saúde, contraria a diretriz constitucional de descentralização (UGÁ; MARQUES, 224, 2005)

A Norma de 1993, retomou o processo de descentralização quando estabeleceu três níveis de gestão dos municípios e estados: incipiente, parcial e semiplena. Na última os entes ao atender uma série de pré-requisitos recebiam um volume de recursos para a cobertura assistencial e estes podiam escolher como aplicar. A NOB 93, percebeu que a descentralização deveria ser um processo lento gradual, onde os estados e municípios deveriam ter liberdade de adesão e de gestão (UGÁ; MARQUES, 225, 2005).

A última norma básica, de 1996, ajudou a aprofundar os avanços no sentido da descentralização, ao reduzir os modelos de gestão dos estados e municípios a duas: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema. A NOB 1996, “promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios e Estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de Estados e municípios” (BRASIL, 2003, 29). Ademais, é preciso ressaltar que essa norma ajudou a construir um modelo de atenção que dá ênfase na atenção básica e na promoção da saúde.

A NOB 96, foi implementada a partir de 1998, passando por diversas alterações, portanto ela nunca foi implementada exatamente como foi prevista, mas a forma de organização e financiamento estabelecida por ela foi mantida até a promulgação da Norma Operacional de

Assistência à Saúde (NOAs) em 2001, que tratou de regulamentar a regionalização e hierarquização do SUS.

Nos anos 2000, o tema da regionalização voltou a ser central para o SUS, em parte porque nesse momento há uma estagnação do crescimento econômico dos países centrais e o aumento das desigualdades, retomando o debate sobre o desenvolvimento e papel do Estado. No Brasil, há a percepção de que são necessárias políticas públicas diversas para as diferentes regiões do país, baseadas nas suas particularidades, revalorizando assim a regionalização, mas também na tentativa de estabelecer uma relação mais cooperativa entre os entes da federação (LIMA; MACHADO; ALBUQUERQUE; IOZZI, 2012, 826).

Nesse contexto é promulgada a NOAs, ela foi responsável por estabelecer conceitos, estratégias e instrumentos para o processo da regionalização, o seu objetivo central era a equidade de recursos e no acesso às ações e serviços de saúde. A Noas pretendia atualizar a regulamentação da assistência, baseado nos avanços já obtidos, com foco nos desafios a serem superados para a consolidação e aprimoramento do SUS (BRASIL, 2001).

A regionalização foi reconhecida como estratégia para a descentralização e para a equidade no acesso aos serviços de saúde, além de compreender a “noção de territorialidade na identificação de prioridade de intervenção” (LIMA; MACHADO; ALBUQUERQUE; IOZZI, 2012, 838). Para alcançar seus objetivos a NOAs desenvolveu três estratégias: “a criação do Plano Diretor de Regionalização; o fortalecimento das capacidades gestoras do SUS em âmbito municipal e estadual e a atualização dos critérios para a descentralização, vinculando-os ao processo de regionalização” (LIMA; MACHADO; ALBUQUERQUE; IOZZI, 2012, 838).

Os pontos centrais da NOAs foram a definição das responsabilidades mínimas para atenção básica, a redefinição de procedimentos da atenção de média complexidade e, também, da alta complexidade, além da definição de região de saúde, que apareceu pela primeira vez nos documentos de regulamentação do SUS:

base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais (BRASIL, 2001)

A crítica que fazemos a NOAS é em relação sua rigidez para conformação das regiões de saúde, “incluindo critérios mínimos para definição de recortes regionais em todo o território nacional” (LIMA; MACHADO; ALBUQUERQUE; IOZZI, 2012, 839) o que atrapalhou a sua

implementação. Mas, também foi importante para fortalecer o planejamento regional de estados e municípios.

A NOAs vigorou até 2006, quando foi publicado o pacto pela saúde composto por 3 documentos: **o pacto pela vida**, onde foi pactuado um acordo entre os gestores do SUS em torno de prioridades de impacto sobre a situação de saúde da população, sendo estas definidas a partir de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais e as prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local; **o pacto em defesa do SUS**, que trouxe ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado; e **o pacto de gestão**, definiu as responsabilidades sanitárias do gestor municipal, estadual e federal e estabelece diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, regulação, entre outros, ajudando a reforçar a estratégia de regionalização do SUS (BRASIL, 2006; MENICUCCI, COSTA, MACHADO, 2018, 30).

O pacto pela saúde foi muito importante para a descentralização e regionalização do SUS, já que ele reconhece a regionalização como um eixo estruturante do Pacto de Gestão e que ela deveria orientar a descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores. Os seus principais objetivos no que tange a regionalização foram:

- a) garantir acesso, resolutividade e qualidade às ações e aos serviços de saúde cuja complexidade e contingente populacional transcenda a escala local/municipal.
- b) Garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover a equidade, ampliando a visão nacional dos problemas, associada à capacidade de diagnóstico e decisão loco-regional, que possibilite os meios adequados na redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde existentes no País.
- c) Garantir a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. Potencializar o processo de descentralização, fortalecendo estados e municípios para exercerem papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interesses loco-regionais possam ser organizadas e expressadas na região.
- e) Racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de saúde de abrangência regional (BRASIL, 2006).

O pacto foi importante em reconhecer as diversidades do território brasileiro, valorizando as esferas estaduais e municipais e a necessidade de articulação de ações e cooperação na política de saúde entre os diferentes níveis de governo, e através da criação dos colegiados de gestão regional fortaleceu a cogestão, criou um “canal permanente de negociações e decisão intergovernamental no plano regional” (LIMA; MACHADO; ALBUQUERQUE; IOZZI, 2012, 841).

Ademais, o documento trouxe diversas diretrizes para o desenvolvimento do processo de regionalização solidária e cooperativa, objetivo do pacto, entre as esferas de governo. Um dos conceitos que norteiam a regionalização que queremos destacar aqui é o de regiões de saúde, definido pelo pacto como: recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados do território, devendo organizar a rede de ações e serviços de saúde para garantir o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade do acesso, equidade e integralidade do cuidado (BRASIL, 2006).

Sobre a organização das regiões o pacto afirma que ela deve favorecer a ação cooperativa e solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social e podem ser formadas por:

regiões intra-estaduais, compostas por mais de um município, dentro de um mesmo estado, regiões intra-municipais, organizadas dentro de um mesmo município de grande extensão territorial e densidade populacional, regiões interestaduais, conformadas a partir de municípios limítrofes em diferentes estados, regiões fronteiriças, conformadas a partir de municípios limítrofes com países vizinhos (BRASIL, 2006).

Ou seja, segundo este documento as regiões de saúde podem ter diversos formatos, desde que adequados às diversidades locais, sem precisar acompanhar as divisões administrativas já usadas pelos estados, logo aqui vemos uma preocupação em entender que a delimitação das regiões de saúde, não podem ser limitadas há uma divisão administrativa. Para que seja eficaz ela precisa considerar os fatores envolvidos, para assim ser uma “regionalização viva” (LIMA; MACHADO; ALBUQUERQUE; IOZZI, 2012, 840). Precisa haver uma flexibilidade na hora de se formar as regiões, o que para nós se aproxima da ideia de distritos sanitários, onde as divisões podiam ser compostas, por exemplo, por vários municípios, entendendo que pensar território como uma simples delimitação geográfica de uma área, sem reconhecer seus processos é insuficiente para a garantia do acesso à saúde.

Acreditamos que durante o desenvolvimento do pacto pela saúde houve uma grande influência do pensamento do geógrafo Milton Santos, que afirma que território não é fragmento, mas totalidade em movimento, entretanto baseado nesse pensamento o território é socialmente criado e está sempre mudando, portanto, não seria possível se pensar na territorialização da saúde, pois todas as coisas estão territorializadas, não sendo possível adjetivar nada a ele, o que se deveria discutir é a distribuição socioespacial dos serviços de interesse social, no caso aqui, o da saúde, pois em termos de planejamento, não se trata de criar territórios para os serviços,

mas, sim, de adaptá-los aos territórios existentes considerando as suas peculiaridades (FARIA; BORTOLOZZI, 2016). O pacto ao incorporar a flexibilização e cooperação entre entes federativos, compreende que o processo de regionalização da saúde deve considerar as diferenças nacionais e que não pode ser limitado a divisões geográficas pré-estabelecidas.

Embora esse documento tenha definido as responsabilidades em todos os níveis de atenção e tenha fomentado à expansão das experiências de negociação regional, um dos idealizadores do pacto aponta que houve grande avanço com a construção dos colegiados e a melhor delimitação das regiões de saúde, mas os objetivos essenciais do pacto, especialmente o de gestão não foram cumpridos. Além disso, o intuito inicial era de que houvesse maior articulação entre as regiões na formação das redes de atenção e menos foco na gestão de metas, o que se desejava era que o “cimento” da organização das regiões se desse a partir do compartilhamento e solidariedade inter gestores (MENICUCCI, COSTA, MACHADO, 2018, 36), e não pela força da lei, como acabou acontecendo com o Decreto 7.508/2011, que instituiu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), como um instrumento de colaboração entre os entes federativos para a organização da rede de atenção integral à saúde em uma determinada região (BRASIL, 2011), “ a ideia era que o COAP viesse substituir o Pacto pela Saúde, com uma metodologia permanente de integração intergovernamental, que reduziria a fragmentação da gestão de saúde” (MENICUCCI, COSTA, MACHADO, 2018, 37).

Entretanto o COAP teve alguma dificuldade em se legitimar, porque ao contrário do pacto ele não incluiu a participação dos estados e municípios na sua discussão.

### 1.5 As Redes de Atenção à Saúde

Em 2010, foi publicada a portaria nº 4.279, que estabelece as diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde (RAS) no SUS, ou seja, estabelece uma nova organização para a regionalização. As RAS surgem como uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e para “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” (BRASIL, 2010).

A regiões de saúde, segundo a portaria, “são áreas de abrangência territorial e populacional sob responsabilidade das redes de saúde, e o processo de regionalização como estratégia fundamental para a sua configuração” (LIMA; MACHADO; ALBUQUERQUE;

IOZZI, 2012, 841), o documento também aponta a importância de uma boa definição das regiões, para garantir que as “estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade” (BRASIL, 2011).

As RAS são definidas pela portaria 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 e tem como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, para melhorar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica e ela se caracteriza 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. Logo, as APS aparecem como o primeiro nível de atenção e a partir da qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção, entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular, tais como os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas etc (BRASIL, 2011).

Em suma, podemos afirmar que as redes são pontos interligados de cuidado, com a intenção de superar a fragmentação dos serviços, apontado como um dos principais problemas do acesso ao cuidado em saúde nos sistemas de saúde e que tem a APS como a coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso aos serviços. Entretanto, apesar da centralidade da APS, ela não é a porta de entrada obrigatória dos serviços, como foi preconizado pelo relatório Dawson e pela OPAS, segundo a portaria, são quatro os serviços que funcionam como entrada: a atenção primária à saúde; a atenção de urgência e emergência; a atenção psicossocial; e os especiais de acesso aberto.

A percepção da necessidade de se desenvolver os serviços e atividade em saúde de forma integrada através da divisão do território em regiões de saúde, interligadas por uma rede de serviços para nós é fundamental para que seja possível um serviço de saúde, como preconizado pela nossa constituição: universal, equitativo e integral. No entanto, esse reconhecimento não é o suficiente, como a realidade demonstra, são anos desde a portaria das RAS e, ainda muitas pessoas seguem tendo dificuldade para o acesso.

Acreditamos que a diretriz da regionalização ainda enfrenta muitos desafios para se impor, alguns deles vem da ausência ou pouca valorização de um planejamento nacional, que leve em consideração os diversos sistemas regionais em diferentes recortes territoriais, é fundamental que as diversidades e desigualdades nacionais e as diferentes lógicas de ações e serviços de saúde sejam consideradas no planejamento. É necessário pensar que o Brasil é um território muito grande, com realidades completamente distintas, tudo isso influencia a vida dos usuários. Ademais, também acreditamos que as realidades, crenças e culturas do país devem ser incorporadas ao planejamento de saúde. Logo, pensar uma organização de RAS de cima para baixo, sem considerar esses elementos dificulta que haja uma real integração, acesso e cuidado na saúde. É preciso entender os usuários para além de um número universal neutro, mas como sujeitos marcados por fatores como raça, etnia, gênero, sexualidade e outros, que afetam diretamente a sua saúde.

A nossa formação social no que diz respeito as heranças coloniais, no que diz respeito ao coronelismo também tem uma influência muito grande para a organização das redes nos pequenos municípios, onde essa prática ainda é muito forte, mantendo os gestores locais reféns de relações de mandonismo.

Outro aspecto que queremos ressaltar é o baixo financiamento, a precarização dos vínculos de trabalho e a alta rotatividade de profissionais, também influenciam muito na implementação das redes.

Por fim, gostaríamos de fazer um breve comentário sobre a importância dos censos para formulação das RAS, pois eles são centrais para mensurar a quantidade de pessoas por região e o tipo de problemas sociais e de saúde que estas enfrentam, dados importantes para o planejamento de políticas sociais, no caso aqui, de saúde. Além disso, quando pensamos que uma das questões que devem ser consideradas na definição das RAS, são as diferenças territoriais, os censos são indispensáveis para a qualificação destas, logo a ameaça do governo atual de não realizar o censo é um perigo para a garantia para as redes e acima de tudo para o acesso à saúde.

Neste capítulo nosso objetivo foi construir uma narrativa sobre como as discussões sobre regiões de saúde perpassou a nossa história, tentando trazer outros elementos além dos tradicionais, em seguida tentamos fazer um breve histórico sobre a regionalização e as redes de atenção à saúde no SUS, abordando alguns documentos que acreditamos serem chave para o tema. A partir daqui nosso intuito é começar a discussão dos autores que desejamos convocar para o debate sobre redes.

## 2 EUGÊNIO VILAÇA MENDES

### 2.1 Introdução

Este trabalho busca trazer a perspectiva de dois autores da saúde coletiva: Eugênio Vilaça Mendes e Luis Cecilio, sobre o tema das redes de atenção à saúde, mas antes acreditamos ser fundamental entender quem são esses autores e de que forma eles foram levados até esse debate. Portanto, partindo dessa premissa este capítulo será dividido em 3 partes. Na primeira o objetivo é apresentar brevemente quem é o Mendes e a razão pela qual ele foi o escolhido para essa conversa, em seguida pretendemos trazer as suas discussões sobre o SUS durante os anos, focando em algumas obras, que na nossa perspectiva são centrais e, por último finalmente debater as suas ideias sobre RAS. O nosso intuito é tentar entender brevemente o caminho que este autor percorreu até chegar no debate das redes.

Eugênio se formou em odontologia nos anos 60, e ainda nessa época ele fez uma especialização em planejamento de Sistema de Saúde na Fundação Oswaldo Cruz, nos anos 70, concluiu o seu mestrado em administração em 1975 e o doutorado em cirurgia bucal em 1968. Em 1985, ele se tornou consultor da OPAS, o que foi essencial para a conexão entre o governo brasileiro e a organização. Ele também teve um papel importante na Reforma Sanitária Brasileira, participando da 8ª conferência nacional de saúde, onde apresentou um trabalho como contribuição à oitava, chamado: o reordenamento do Sistema Nacional de Saúde: uma visão geral, que posteriormente falaremos brevemente.

Mendes também foi consultor para o governo de várias cidades, tais como Minas Gerais, São Paulo e Ceará. Na Organização Mundial da Saúde ele foi coordenador da área de sistemas e serviços de saúde, outra instituição internacional para a qual ele prestou consultoria foi o Banco Mundial, através do Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), no projeto QUALI-SUS- rede<sup>2</sup>, promulgado em 2011, como “estratégia de apoio à organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no Brasil” (BRASIL, 2011) e que tinha como objetivo contribuir no SUS “para a qualificação da atenção e da gestão em saúde, por meio da organização de redes regionais e temáticas de atenção à saúde e da qualificação do cuidado em

---

<sup>2</sup> As informações sobre a trajetória do autor foram retiradas da plataforma lattes

saúde”(BRASIL, 2011). Ademais, Mendes também produziu diversas obras fundamentais no campo da saúde coletiva.

A partir do exposto fica claro que o Mendes teve e tem, ao longo dos anos, um papel central no debate sobre o planejamento em saúde, participando decisivamente de diversos momentos da construção do SUS, destacando ainda, a sua participação na redação da portaria 4.270 de 2010, que estabeleceu as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no nosso sistema de saúde (FREITAS; ARAÚJO, 20018, 30), por essas razões o escolhemos para esse trabalho.

## 2.2 Primeiras ideias

A fim de dar início à apresentação das ideias do autor que escolhemos discutir aqui, ideias estas que apesar de serem antes das RAS, trazem várias teses que serão fundamentais para o seu pensamento de redes, achamos fundamental apontar que a formação profissional se deu em um período em que o planejamento em saúde começava a ganhar espaço nos debates, marcado pelo método CENDES-OPAS. Este, ajudou a inaugurar na América Latina a programação em saúde e tinha como característica o caráter economicista do planejamento, ele propunha a realização de um levantamento e da sistematização de variáveis demográficas, epidemiológicas e sociais para realizar um diagnóstico em saúde, no entanto muitas vezes essa sistematização acabava por ser descritiva, fundamentada no levantamento de informações que permitissem a construção de indicadores de saúde, sem considerar as limitações que estes pudessem ter ao descrever a realidade. Porém, apesar dessas questões é preciso ressaltar que este método, buscava não se limitar a descrição da realidade, mas tentava entender os múltiplos fatores das suas determinações, além de também ter incorporado a noção de prognóstico trazendo uma fase diagnóstica da programação (TEIXEIRA, 2010, 19). A proposta metodológica deste método era maximizar o impacto sobre a saúde das pessoas com recursos governamentais destinados à saúde (MATTOS, 1993, 17).

Segundo Merhy, existem pelo menos quatro caminhos para o planejamento em saúde no Brasil: o planejamento na ação programática em saúde, a vigilância à saúde e o planejamento, o planejamento estratégico comunicativo e a gestão estratégica e o planejamento em saúde, a perspectiva que representa de certa maneira o autor aqui analisado, é a chamada vigilância à saúde e o planejamento. Essa concepção procura desenvolver projetos de mudança

do atual modelo assistencial, dando centralidade à epidemiologia para a definição das necessidades de saúde, através da territorialização e microlocalização e assim construir processos de intervenção singulares de distritos sanitários, território e lugar das necessidades de saúde (1995, 142).

Uma das primeiras obras de Eugênio no campo do planejamento em saúde foi o Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde, publicado em 1994. Segundo Teixeira (2015), do final dos anos 80 e início dos 90, há uma grande produção de trabalhos na área de política, planejamento e gestão sobre os modelos de atenção à saúde abordando os temas da distritalização do sistema de saúde, da demanda espontânea *versus* oferta organizada de serviços, ações programáticas de saúde, vigilância da saúde e acolhimento e vínculo. Portanto, sua obra dialoga profundamente com os debates da época.

Esse livro é uma coletânea de textos organizados pelo Mendes e se dá a partir da apreensão do processo de implementação dos distritos sanitários e tem como objetivo documentar as mudanças nas práticas sanitárias que os distritos causaram. Dois dos capítulos da obra foram escritos por ele. No primeiro ele faz uma análise das políticas de saúde, perpassando pelas mudanças ocorridas nos modelos de saúde, começando com a passagem do modelo campanhista sanitário, característico de um período histórico em que a economia brasileira era agroexportadora e a atuação da saúde era majoritariamente direcionada a ações de saneamento dos espaços de trânsito de mercadorias, com o processo de industrialização começa um processo de mudança na saúde, nasce então assistência médica vinculada à previdência social, direcionada a atender os a massa operária que se desenvolveu, a fim de garantir a sua capacidade produtiva.

Esse novo modelo médico assistencial privatista era definido por uma prática médica individualista e curativa, menosprezando a saúde pública a favor de uma atuação orientada pelo lucro, que permitiu a capitalização da saúde e que também promovia um acesso à saúde demasiado discriminatório, dando as bases para um processo que para Mendes, irá se consolidar nos anos oitenta, a universalização excludente, onde há um sistema híbrido envolvendo o sistema público e privado, onde os setores médios da sociedade fazem uso do primeiro, enquanto que para o restante sobra o segundo, ou seja, não há um processo de inclusão efetivamente todos os segmentos sociais (FAVERET FILHO; OLIVEIRA, 1990, p.153).

Ainda nos anos 80, no mesmo momento em que o país passava por um processo de redemocratização surgem dois novos projetos na saúde: um contra- hegemônico, conhecido

com a reforma sanitária e o hegemônico, o neoliberal, que segundo Mendes, era uma espécie de reciclagem do modelo médico assistencial privatista.

Essa disputa começa a partir da primeira parte dos anos 80, com a crise da previdência social, que para Mendes aparece refletida em três formas: o PREV-SAÚDE, uma resposta à crise ideológica, um projeto que tinha temas como hierarquização, regionalização, integralização das ações de saúde, com o objetivo de estender ao máximo a cobertura de saúde para a população brasileira, mas que acabou, depois de vários cortes, sendo reduzida a uma “proposta racionalizadora do modelo vigente” (MENDES, 1994, 35) e que teve seu fim na comissão de saúde da câmara dos deputados.

O segundo aspecto da crise é a financeira, onde é apontado que o grande problema econômico da previdência social era a assistência médica, o que gerou um fracionamento de interesses na arena da política de saúde.

E por fim o aspecto político institucional, refletido na criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com o objetivo de propor normas adequadas para a prestação de assistência à saúde da população previdenciária. O CONASP passa a tomar medidas para reduzir gastos e propõe um plano para reorientar a assistência médica, propondo a transferência da normatização médica do Ministério da Saúde para o INAMPS. Além de sugerir o aumento da produtividade do sistema, a melhoria da qualidade da atenção e da equalização dos serviços de saúde nos espaços urbanos e rurais, isso tudo baseado nos princípios de hierarquização e regionalização.

O CONASP, tinha como objetivo possibilitar a integração de ações da saúde, mas acabou resumido a projetos que só tinham como finalidade a previsibilidade orçamentária.

Esse processo de crise começa ainda durante a ditadura militar e tem relação também com a instabilidade que esse governo vinha enfrentando e que acaba a sua derrota e com a implementação da nova república, onde o profissional de saúde que tinha valores baseados pelo movimento sanitário passa a ocupar espaços no INAMPS, no Ministério da Saúde e no Ministério da Previdência e Assistência Social, possibilitando a institucionalidade do projeto da reforma sanitária. Possibilitando, ainda, que o trazer para o debate político institucional a universalidade do direito à saúde e no dever do Estado de provê-la, da necessidade de mudança da base jurídica legal do modelo médico vigente e da importância de se convocar uma Conferência Nacional de Saúde para a elaboração de uma nova constituição democrática.

Em 1986, então, ocorre a 8ª CNS, com a presença de delegados dos mais diversos movimentos sociais e que teve como aspectos fundamentais o debate sobre o conceito abrangente de saúde que considera que as formas de organização e produção social tem impacto

direto na saúde das pessoas, o entendimento da saúde como direito de cidadania e dever do Estado e, por fim, o debate da proposta de reformulação do Sistema Nacional de Saúde, sugerindo um sistema único de saúde, baseado nas diretrizes de universalidade, integralidade, descentralização e participação popular.

A constituição de 1988 estabeleceu a saúde como universal, criou o Sistema Único de Saúde com base nas diretrizes discutidas pela conferência, mas Mendes afirma que a constituição: “incorpora um conjunto de conceitos, princípios e diretivas extraídos da prática corrente e hegemônica, mas propondo uma lógica organizacional referida pela reforma sanitária” (MENDES, 1994, 47).

O fato para Mendes é que nem a constituição nem as leis orgânicas conseguiram estabelecer limites reguladores ao setor privado, nem na sua produção de insumos, e tampouco na atenção médica supletiva. Logo, apesar dos avanços e vitórias do movimento sanitário, o que prevaleceu foi o modelo médico assistencialista privatista revestido pelo neoliberalismo. Gerando uma universalização acompanhada de racionamentos e queda da qualidade dos serviços públicos, expulsando um público de camada média e o operariado mais qualificado, fortalecendo o processo já citado de universalização excludente, que incorpora ao sistema público um segmento mais carente, expulsando as camadas mais privilegiadas para um subsistema de atenção supletiva em desenvolvimento desde a década de 80 (MENDES, 1994,70).

A conclusão que o autor traz ao final desse capítulo é que ao final dos anos 80 se consolidou o projeto neoliberal de saúde, mas a partir do que ele mesmo expõe, essa vitória não se deu sem disputas, prova disso foi a incorporação de ideias da reforma sanitária na jurisdição constitucional e infraconstitucional.

O segundo capítulo da obra, também escrito por Mendes, se dedica ao tema da distritalização da saúde entendido como um processo social. No capítulo anterior ele buscou explicar o processo de disputa entre o projeto neoliberal e o da reforma sanitária e como o primeiro ganhou hegemonia às custas de mecanismos de racionamento que levaram a queda da qualidade do SUS. Neste ele mostra a importância de ações táticas, para além dos textos institucionais, para que o projeto da reforma sanitária realmente se concretize, e o processo de distritalização aparece como um movimento capaz de realizar mudanças na qualidade dos serviços, o que seria fundamental para a haja uma real adesão a este projeto. É nesse contexto da importância de mudanças que aparece a proposta de distritalização sanitária.

Mendes escreve sobre os DS a partir de uma ampla experiência profissional e, também, por “observações feitas em doze países da América Latina e em oitenta municípios brasileiros” (1994, 96).

Ele afirma que os distritos sanitários correspondem a uma proposta nacional ao que ficou internacionalmente como Sistemas Locais de Saúde (SILOS), sendo os DS um “processo social de mudança das práticas sanitárias” (1994, 94). Estes têm três dimensões: política, ideológica e técnica, que devem ser consideradas para que ele se realize como processo de mudança.

A sua dimensão política aparece na qualidade de micro espaço de luta política, com diversos atores sociais com projetos distintos, onde é possível acumular capital político para dar viabilidade ao projeto que se deseja alcançar. Ideológica pela sua capacidade de se estruturar na lógica das necessidades de saúde, garantindo uma atuação ancorada pela percepção ampliada do processo saúde-doença, característico do pensamento reformista. Por fim, a dimensão técnica se manifesta no uso de conhecimento e técnicas para sua implementação que é coerente com os ideais políticos e ideológicos da reforma.

Por essas múltiplas dimensões que dá aos Distritos Sanitários um caráter de processo, Mendes afirma que ele prefere se referir a esse movimento como distritalização, visto que ele vai além do que é entendido pelo senso comum, de divisão territorial com uma autoridade burocrática que conduz a organização das unidades, que garante a manutenção do modelo assistencial hegemônico. Para ele, os DS quando são limitados à questão "topográfica-burocrática" (1994,95), se torna funcional ao projeto neoliberal, já que se racionaliza como um lugar de atenção médica para quem não pode pagar.

Os Distritos sanitários com as suas múltiplas dimensões seria capaz de melhorar o subsistema público dando capital político para as propostas da Reforma Sanitária e assim realizar uma reforma qualitativa e quantitativa dos serviços.

Partindo do conceito de momento do planejamento estratégico situacional, Mendes, apresenta brevemente as mudanças que devem ser operadas nos espaços jurídicos legal e institucional para viabilizar o processo de distritalização da saúde.

A partir deste ponto o autor usa o texto para explicar essas mudanças, perpassando pelo lugar que os municípios, estados e federação ocupam e nas modificações necessárias que cada esfera deve realizar para que a distritalização se realize como um processo coerente com a reforma sanitária.

Outro ponto central abordado é a “discussão técnica do processo de distritalização da saúde” (1994,143) que irá se expressar em princípios organizativos- assistenciais, princípios

estes que não são prescrições, mas sim "expressões de regularidade gerais aplicáveis segundo a singularidade de cada território" (MENDES, 1994, 143) e se resumem em: impacto, orientação por problemas, intersetorialidade, planejamento e programação local, autoridade sanitária local, corresponsabilidade, hierarquização, intercomplementaridade, integralidade, adscrição, heterogeneidade e realidade.

Para nós, embora o objetivo não seja ser prescritivo, o texto acaba tomando um caminho normativo quando estabelece esses princípios, já que na leitura atenta de cada um deles é possível perceber um tom normativo dentro deles, direcionando um caminho que cada um deles deve seguir, dando uma sensação de que elas não vão necessariamente considerar as peculiaridades territoriais.

A guisa de conclusão Mendes, reafirma o DS como um processo social de mudança capaz de fortalecer a estratégia da reforma sanitária, possibilitando equidade e democratização, que se manifesta em um espaço operativo, sob a gestão de uma autoridade sanitária, delimitadas por um território processo.

Neste mesmo livro o autor também escreveu em parceria com outros pensadores um terceiro capítulo onde é apresentado os conceitos centrais dos distritos sanitários e que por ser um texto em parceria com outros autores, preferimos não tratar dele aqui, já que o objetivo aqui é fazer uma breve incursão sobre o trabalho do Mendes individualmente.

O segundo texto que queremos discutir é :Uma agenda para a saúde, de 1996, a sua primeira obra individual na área de política, planejamento e gestão em saúde, produzida em um momento em que a reforma do Estado (TEIXEIRA, 2015, 87) era pauta de debate no campo das pesquisas sobre política de saúde e de forma sucinta podemos afirmar que este é um dos cerne da obra. Este livro é fruto do seu trabalho como consultor em sistemas e serviços de saúde da OPAS, representando o Brasil e é resultado de observações, diálogos e ações durante esse período, transformadas por ele em uma agenda.

Antes de continuar a analisar o livro acreditamos que é preciso dizer o que é uma agenda, no dicionário online agenda é definida como "caderneta ou livrinho destinado a anotar, dia a dia, aquilo que se deve fazer"<sup>3</sup>, deixamos aqui essa breve definição com o intuito de tentar entender o que esse livro significa.

Retomando, o autor afirma que essa agenda é uma resposta às suas reflexões pessoais e diálogos com políticos, profissionais de saúde, professores, lideranças comunitárias e usuários. A agenda de saúde proposta, voltada para o SUS, se estrutura em torno de uma visão clara de

---

<sup>3</sup> <https://www.dicio.com.br/agenda/>

Estado: “um Estado necessário forte e socialmente legítimo” (MENDES, 1996, 12). Só esse Estado é possível para um sistema público de saúde, logo fica claro que o autor é contra a premissa neoliberal do estado mínimo.

A agenda de Mendes entende que o SUS precisa se adaptar às mudanças que o mundo e o Brasil atravessaram dos anos 80 para os 90, entendendo que as ideologias da reforma sanitária, parte fundante do SUS, não são mais capazes de fomentar as mudanças que o sistema precisa. Para o autor, a agenda político-ideológica da reforma sobrevaloriza os princípios, mas deixa de lado a economicidade e a qualidade do sistema. Nesse contexto, a agenda do SUS, se limita às discussões sobre o volume dos recursos financeiros do governo federal.

A ideia do Mendes nesta obra é, portanto, a construção de uma nova agenda que:

sem rejeitar os generosos princípios do SUS, reconheça que sua materialidade depende de um conjunto de transformações, tanto gerenciais quanto assistenciais, referidas por um novo paradigma sanitário. Essa agenda resultará de uma discussão mais substantiva e mais global de nossa realidade global e nossa realidade sanitária e, dela, deverá resultar um novo sistema de crenças que alicerce a reforma da reforma sanitária” (grifo nosso) (MENDES, 1996, 13)

O que ressaltamos dessa passagem é o desejo do autor de construir novos alicerces para o debate de saúde e veremos brevemente como durante a obra ele traz argumentos para essa mudança seja possível.

Na sua agenda Mendes discute a crise da saúde e as reformas feitas no setor. Seu argumento inicial é de que a crise da saúde é um fenômeno mundial, que se manifesta na ineficiência, na ineficácia, na iniquidade e na insatisfação das populações usuárias.

A ineficiência se reflete na crise do financiamento e na escassez ou má aplicação de recursos, sua outra face é o modelo médico hegemônico centrado em procedimentos caros e com baixo impacto na saúde da população. Já a ineficácia aparece na relação entre o aumento dos gastos em saúde, mas com pouca relevância nos padrões sanitários da população. A iniquidade mostra-se na forma como se distribuem os serviços, de formas inversamente proporcional às necessidades de saúde da população e na aplicação dos recursos pelo país.

A crise da saúde tem sido responsável pelo desapontamento das pessoas em relação ao setor.

Após apontar a universalidade da crise, seu próximo passo é trazer as três correntes de pensamento que explicam esse fenômeno. A primeira é a incrementalista, que acredita que a crise é resultado do baixo nível de recursos investidos, o que impossibilita a organização de um sistema de saúde adequado para o atendimento das necessidades de saúde da população. A outra corrente é a racionalista, que justifica a crise como consequência das ineficiências internas do

setor e sugere como resposta diminuir os gastos sem impactar negativamente os níveis de saúde ao mesmo tempo em que aumenta a eficiência, sem prejudicar a eficácia e a efetividade das ações desenvolvidas (1996, 19), ou seja, sua aposta é no incremento do valor do dinheiro investido no setor, o que nos permite concluir que a sua resposta se limita ao aspecto economicista da questão.

Por fim, a terceira corrente, que também é a que o autor acredita, é a estruturalista, que acredita que a crise é resultado da incapacidade de se conciliar o conflito entre “as forças expansivas do sistema de saúde com seus mecanismos de controle. Conflito medular inerente à prática vigente da atenção médica” (1996, 21). Sendo forças expansivas: a transição demográfica, a acumulação epidemiológica, a medicalização societal, a urbanização, a incorporação tecnológica, o incremento de força de trabalho e corporativismo empresarial e profissional, e em contrapartida tenta se limitá-los através de estratégias de contenção de gastos.

Logo, na perspectiva estruturalista, a questão não se resume a uma nova tecnologia mais econômica ou mais medicamentos, etc., as estratégias de contenção de custos não têm capacidade de fazer frente às forças expansivas, para isso é necessário que haja uma mudança do modelo médico hegemônico. A crise da saúde não pode ser entendida só pela sua dimensão econômica, tampouco só como um problema ético, é preciso pensá-la como estrutural, que só terá solução a partir de uma mudança do modelo hegemônico.

Depois de discutidas as perspectivas da crise, Mendes debate sobre as reformas sanitárias da Europa, Canadá e a proposta latino-americana da Comissão Econômica para América Latina (CEPAL) e da Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS), chamada de “saúde na transformação produtiva com equidade” (1996,27). Seu objetivo ao trazer essas experiências é pensar em algum aprendizado para o processo brasileiro.

Em seguida ele reafirma o caráter estrutural da crise e que, portanto, sua solução não pode ser limitada à economicidade do processo. É preciso, no caso brasileiro, aprender a manejar os escassos recursos ao mesmo tempo em que se muda o modelo de atenção. Nessa perspectiva a reforma canadense é para Mendes uma boa referência para o Brasil, já que ela, sem esquecer a matriz racionalizadora, foca suas orientações no respeito aos direitos dos cidadãos, na descentralização radical, na promoção da saúde, na prevenção das doenças e na intersetorialidade (MENDES, 1996, 50).” Muito pode ser retirado da experiência canadense, mas sem desconsiderar alguns aspectos das outras propostas, especialmente, no que se refere a racionalidade econômica do sistema, mas sem se desconsiderar as especificidades sociais, culturais e sanitárias nacionais.

Por fim, Mendes, conclui que a reforma no setor da saúde pode se dar de duas formas, de cima para baixo ou de baixo para cima, mas para ele, em geral, a primeira é a que tem maior capacidade política para uma mudança a nível mundial.

Gostaríamos aqui de salientar dois pontos do que foi abordado até aqui, o primeiro é a sua percepção da crise como um estrutural, exigindo uma mudança no modelo de atenção de saúde, algo que para nós perpassa a sua produção mais vezes, inclusive posteriormente na discussão das redes, objetivo final deste trabalho. O outro ponto é a influência que as propostas canadenses têm sobre as suas reflexões, algo que também vai aparecer mais vezes nas suas ideias.

Para Mendes, o SUS é um processo em andamento, que não começou em 1988 e que tampouco tem data para acabar, “o SUS não começou ontem, nem termina amanhã” (MENDES, 1996, 57).

Ele é um processo social ainda em andamento com dimensão política, já que é construído na democracia, em uma arena de disputa de diversos projetos e atores; uma dimensão ideológica, por partir de uma visão ampliada do conceito saúde-doença e; uma dimensão tecnológica que exige a produção e a utilização de conhecimentos e técnicas para a sua implementação.

O nosso sistema se constrói e segue sendo construído no embate político, tecnológico e ideológico entre variados atores e discursos e resulta das propostas do movimento da reforma sanitária brasileira, é um processo em constante disputa.

Para entender o SUS como um processo Mendes faz uma breve historicização da trajetória do nosso sistema, partindo do modelo sanitário campanhista<sup>4</sup> até chegar no que ele chama de modelo plural atual, onde o SUS está inscrito e que ele não é o único sistema, mas sim um subsistema público único, parte de um conjunto plural, composto pelo SUS, pelo subsistema de atenção médica supletiva e o subsistema de desembolso direto (1996, 63).

O Brasil vivia no momento que esse livro foi escrito, uma crise nacional e o debate em pauta era o da Reforma do Aparelho do Estado<sup>5</sup>, entendendo que sem essa reforma seria impossível a superação desta crise. Havia, então 2 propostas de Reforma em disputa, uma que propunha um Estado mínimo, do modelo neoliberal e outra que pensava uma reconstrução do Estado que

---

<sup>4</sup> Explicado na apresentação do livro dos Distritos Sanitários, discutido anteriormente

<sup>5</sup> O debate da Reforma do Aparelho era tão relevante que em 1995 foi produzido pela presidência do país o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. Para mais informações ver: <http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>

enfrenta o desafio do déficit público, implementar reformas econômicas orientadas para o mercado, muda as políticas sociais para melhorar sua qualidade e moderniza o aparelho do Estado para aumentar a sua capacidade de implementar as políticas públicas (MENDES, 1996, 65).

A segunda proposta exige um Estado forte na sua capacidade reguladora e na condução política e é nessa perspectiva que Mendes discute a Reforma do Estado Brasileiro.

Dentro desse debate da reforma o autor afirma que o SUS vai além de um sistema, já que nesse espaço que o Estado deu seus primeiros passos reformistas, com a extinção do INAMPS e a transferência para união, estados e municípios material, equipamentos e pessoal, num processo de descentralização. Portanto, o SUS, demarca caminhos e possibilidade para a reforma do aparelho do Estado.

Outro ponto ressaltado por Mendes é o papel do SUS no processo de construção da cidadania, como ela também é um processo nunca acabado, em construção diária, mas que vem achando no Sistema Único um “espaço privilegiado de construção de cidadania” (1996, 70).

Voltando a falar do SUS, no seu aspecto de subsistema de saúde, Mendes aponta a necessidade de que para se superar a crise da saúde é preciso transpor o modelo médico vigente, alicerçado pelo paradigma flexneriano<sup>6</sup>, para um modelo baseado na produção social da saúde, entendendo que essa mudança processual e, que por envolver uma mudança paradigmática, é lenta.

É inegável que o SUS vivia um caos no momento da produção deste trabalho (e que ainda vive hoje), que para o autor, é derivada da crise da atenção médica baseado no modelo de flexner, mas parte dessa percepção de caos pela população é derivada da forma pela qual a mídia seleciona e relata os fatos sobre o SUS, por isso seria fundamental uma política de comunicação própria para divulgar com transparência os erros e acertos do SUS e para informar aos cidadãos os seus direitos e deveres no campo da saúde (1996, 72).

Ademais, essa impressão de caos do SUS apaga os seus resultados inegáveis, na melhoria nas condições de saúde de milhões de brasileiros mais pobres, antes excluídos do acesso à saúde, ao atender as necessidades de saúde da população. Esse chamado caos da saúde abriu espaço para sugestões alternativas para o sistema brasileiro, Mendes aponta duas destas, o Plano básico de Assistência Médica e o programa de saúde pública a ser implementado com base em um cartão de saúde magnético, que aqui não vamos explorar, mas que nós limitamos a dizer que são excludentes.

---

<sup>6</sup> Para mais informações ver: verbete atenção à saúde. Disponível em: DICIONÁRIO de educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsvjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 12 jun. 2021.

Mendes recusa a ideia de que o SUS é a razão pela qual a saúde nacional está em crise e reforça a percepção de que a crise na verdade é mundial e é derivada do modelo flexneriano e de que o Sistema Único de Saúde é um processo contínuo e que se constitui como espaço de Reforma do Aparelho do Estado e de formação de cidadania.

O SUS precisa ser analisado sempre como um processo, mas que para ser capaz de realizar uma mudança no paradigma de atenção e se reforça como sistema eficaz, eficiente, de qualidade e equitativo, precisa da formulação de uma agenda para a saúde a ser perseguida, o que é o que os próximos capítulos pretendem trazer.

Inserimos aqui a crítica ao autor que anteriormente afirmava que as suas ideias eram apenas sugestões, mas agora parece afirmar que a agenda formulada precisa ser seguida, ousaremos dizer à risca, para que o sistema de saúde brasileiro possa alcançar o seu potencial total.

Outro ponto discutido por Mendes é a racionalização do Sistema Único de Saúde, para se validar socialmente o SUS são necessárias mudanças no seu rumo e o que Mendes pretende é “estabelecer uma agenda de reformas para o SUS que permita sua consolidação com eficácia, eficiência e equidade, privilegiando, aqui a sua racionalização” (1996, 99).

O sistema de saúde brasileiro é marcado por profundas irracionalidades, passíveis de superação a partir da requalificação do papel do Estado na saúde, através da construção de um novo pacto federativo, do redesenho do aparelho institucional em todos os níveis e com a adoção de medidas para alcançar a eficiência.

A ideia do Mendes que queremos destacar aqui é a recusa da dualidade público como estatal e privado como do mercado, quando se trata da análise sobre os espaços sociais de saúde. Ele prefere trabalhar com a concepção do espaço estatal é do Estado, o privado é de agentes não estatais, lucrativos ou não é a pública, diferente do estatal, caracterizado pela indivisibilidade do bem que deve ser ofertado a todas, pela pactuação do Estado consigo mesmo ou com agentes privados sob domínio do interesse público.

Essa diferenciação é importante, pois é a partir dela que o autor vai orientar as suas sugestões de intervenções para resgatar o caráter público das instituições do Estado e privadas dentro do SUS.

Uma das propostas do autor é um novo desenho institucional para o SUS, partindo do entendimento de que a crise do sistema tem dois determinantes: um externo, reflexo da crise do aparelho do Estado e; uma interna, resultado da incoerência entre um novo objeto a ser constituído (SUS) sobre métodos e bases já esgotados. O desenho que ele propõe vai para além

de mudanças burocráticas e administrativas, ela se baseia na revisão dos processos de trabalho nas instituições.

Sem querer nos aprofundar, ressaltamos o breve debate que Mendes faz sobre os paradigmas organizacionais que vigoraram nas instituições de saúde nos modelos sanitários anteriores ao Sistema Único de Saúde.

Retornando a criação de um novo pacto federativo, a sua consolidação deve ser sustentada pelo paradigma estratégico descentralizado, que exige diversas mudanças, como a descentralização, a tomada de decisões colegiadas, com planejamento estratégico, com uma organização baseada em problemas e organizada territorialmente.

Estas mudanças devem orientar um novo Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde. Além de serem a base para o novo pacto federativo da saúde, baseado em um federalismo cooperativo, onde a união só participa na definição de políticas nacionais e coparticipa do financiamento das políticas públicas definidas pelos Estados.

A transição para o federalismo cooperativo é um processo difícil, mas fundamental para um governo descentralizado controlado pela participação popular, tal como é preconizado pelo SUS, e é um movimento que não deve ser limitado ao setor da saúde, já que a sua eficácia depende de um processo radical de reforma fiscal, para além de uma simples reforma tributária.

Ademais, a instituição do federalismo cooperativo significa o estabelecimento de um sistema nacional de saúde sob o comando de um Ministério da Saúde pequeno e forte, mas com a centralidade decisiva nos estados e municípios, em seguida Mendes explica como seria feita essa reforma no Ministério da Saúde e nas secretarias estaduais de saúde.

O Ministério deveria elaborar um projeto orgânico de reforma, ou seja, sua reforma não pode ser isolada, ela deve ser pensada em conjunto com a nova secretaria estadual e municipal. Ademais, é necessário compreender essa reforma da mesma forma que se entende o SUS, como um processo social em constante transformação. Também é importante que se construa um desenho da estratégia de mudança, para se garanta o máximo de eficácia da reforma, o que só é possível com a cooperação das forças políticas.

Em suma o que Mendes propõe é um Ministério da Saúde pequeno, forte, e ágil, que se dedique a regulação livre de grandes burocracias, que seja coparticipe do financiamento, redistributivo, que trabalhe em cooperação com estados e municípios, com menos funcionários, mas com pessoal mais qualificado e bem remunerado.

Como já dito além do ministério também é preciso repensar as secretarias de saúde estaduais, que para Mendes, são o elo mais fraco do SUS e a escolha pelo federalismo cooperativo exige o seu fortalecimento institucional, pois elas são “a cabeça do sistema no

âmbito de cada instância federativa” (1996, 122). Logo, sem uma mudança radical nas secretarias estaduais, o SUS não conseguirá caminhar.

Um dos principais problemas das secretarias é o descompasso da sua estrutura com o objeto colocado pelo SUS (universal, integral e equânime), visto que suas estruturas foram concebidas a priori para a operação de serviços de saúde pública limitados às populações rural e urbana marginalizadas.

Posteriormente, com a municipalização essa incoerência se agravou, ao se relegar aos estados as funções reguladoras da atenção médica. A saída estaria então em uma reengenharia institucional com novos métodos e estruturas.

O modelo que Mendes aposta para a organização estadual da saúde é da gestão descentralizada regionalizada, onde o Estado tem presença forte no nível microrregional, seja como coordenador das negociações entre gestores ou na oferta, direta ou indireta, da atenção secundária e terciária.

Ademais, a secretaria do federalismo cooperativo o Estado assume a gestão plena dos recursos repassados pela união e também as funções de conduzir as políticas de saúde no âmbito estadual, o desenvolvimento de sistemas de controle de qualidade da atenção da saúde, o papel redistributivo, o de realizar a normalização de processos de trabalho, o desenvolvimento de recursos humanos, científicos e tecnológicos, a cooperação técnica no processo de municipalização e por fim de executar serviços supranacionais de programas estratégicos.

Mendes trata das novas formas de gestão do serviço público, abordando os temas da administração burocrática e as organizações de saúde, as novas formas da administração pública, trazendo como exemplos algumas experiências internacionais até chegar na experiência brasileira. Ele, também discute sobre o financiamento e gastos em saúde, dando centralidade a crise do financiamento, mostrando como tem sido os gastos nacionais em saúde nas esferas federais, estaduais e municipais, mas também o gasto privado em saúde e o gasto nacional e apontado por fim qual o retorno estes tem dado em termos de impacto sanitários.

Retomando o tema da racionalidade no SUS, entendo que a sua palavra-chave é a eficiência, entendida como a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos” (MENDES, 1996, 175). Para este debate ele resgata algumas estratégias de contenção de gastos, quando traz as experiências internacionais, a sua preocupação é discutir a pertinência destas e a sua aplicabilidade para o Brasil. Sendo elas: pagamento pelos usuários dos serviços públicos de saúde; combate às fraudes e desperdícios; repasses financeiros entre gestores; repasse financeiros entre gestores e prestadores de serviços; um sistema de apuração de gastos; propostas de avaliação tecnológica em saúde.

Concluimos que Mendes tem como objetivo sugerir caminhos para o SUS, propondo um novo pacto federativo, um novo desenho institucional e novas formas de gestão. Inclusive estas ideias vão continuar sendo debatidas durante a sua trajetória, como é o caso do federalismo cooperativo, que aparece nos seus pensamentos também quando ele trata o tema das redes.

O autor se debruçou nas medidas racionalizadoras para os serviços, mas segundo ele, estas não seriam suficientes para uma mudança no modelo de atenção em saúde, que para ele é central para a solução da crise da saúde. Por isso, ele se dedica em abordar a “necessidade de mudança radical, natureza estrutural” (MENDES, 1996, 233).

O nosso sistema de saúde para legitimar-se realmente como um espaço de saúde, precisa ser reconstruído nas suas bases fundantes, em um processo de mudança dialética implicando na construção de um novo sistema de saúde. Estas transformações incidirão sobre o plano político e ideológico e são parte de um processo de longa maturação.

O novo sistema teria como fundamentos três categorias centrais: a concepção do processo saúde-doença, o paradigma sanitário e a prática sanitária, a mudança destes levaria conseqüentemente a uma nova estrutura de ordem governativa da cidade.

A saúde, a princípio, era pensada como ausência de doenças e por isso a organização dos serviços se limitava a distribuição à população de serviços preventivos e curativos, organizados pelo paradigma flexneriano. Entretanto, na década de 70 nos países capitalistas centrais essa concepção passa a ser criticada e se começa a pensar o processo saúde-doença, articulando-as com a biologia humana, os estilos de vida, o meio ambiente e os serviços de saúde.

Posteriormente, a epidemiologia latino-americana começa a postular a necessidade de vincular saúde-doença às dimensões biológica, ecológica, de consciência e conduta e processos econômicos, passando- a pensá-la positivamente, para além das sequelas “negativas” das doenças. Saúde, então, passa a ser entendida como resultado de “um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população” (MENDES, 1996, 237).

Esta concepção de saúde-doença foi incorporada legalmente ao SUS, através do texto da Constituição federal, no seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A segunda categoria, o paradigma<sup>7</sup> sanitário está diretamente relacionada à mudança do conceito saúde-doença. Uma reforma sanitária deve se preocupar em transformar este paradigma, no caso da brasileira é preciso superar o modelo flexneriano e substituí-lo por o que Mendes chama de paradigma da produção social da saúde. A nossa reforma, ao repensar o conceito saúde-doença e inseri-la na lei, precisa transpor o paradigma flexneriano compatível com a ideia de saúde como ausência de doenças, sustentado pela prática sanitária da atenção médica. Para superá-lo é necessário apreender “a dinâmica da saúde como uma acumulação social, expressa em um estado de saúde”. (MENDES, 1996,239).

O novo paradigma a ser estabelecido, de produção social da saúde, por ser fundamentada na teoria da produção social da saúde, consegue entender a saúde como algo em permanente transformação, indo para além da noção de um setor saúde, construindo-a como resultado de processos políticos, econômicos, ideológicos e cognitivos, o que tem relação direta com o conceito de saúde positivo, como expressão de qualidade de vida.

Por fim temos a mudança da prática sanitária, que é a forma como uma sociedade estruturada as suas respostas sociais frente aos problemas de saúde. No paradigma flexneriano, com a saúde como ausência de doença, essa resposta aparece na forma da prática da atenção médica, logo oferecendo a população o maior número de serviços médicos, ofertados individualmente e destinados a tratar os doentes e reabilitá-los através da clínica com o uso crescente de tecnologias.

Para Mendes esse sistema baseado pelo conceito negativo de saúde, com base no paradigma flexneriano e respondido pela prática sanitária da atenção médica são a “raiz da crise da saúde” (MENDES, 1996, 242). Por essa razão é fundamental uma nova prática sanitária, a que ele propõe é a vigilância de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde e pelo paradigma da produção social da saúde.

Esta nova prática se organiza mediante operações intersetoriais, fundadas por distintas estratégias de intervenção, que resultam da combinação da promoção da saúde, prevenção de enfermidades e acidentes e atenção curativa.

A prática sanitária da vigilância da saúde deve ter como fundamentos: o território, entendido para além das características geográficas, como um lugar vivo, nunca acabado, sempre em transformação e, econômico, político, cultural e sanitário; os problemas de saúde, como representação social das necessidades sanitárias, resultado das condições de vida da

---

<sup>7</sup> Mendes pensa o paradigma a partir da teoria kuhniana e a define como “um conjunto de elementos culturais, de conhecimentos e códigos teóricos, técnicos e metodológicos compartilhados pelos membros de uma comunidade científica” (MENDES, 1996, 237).

população e formuladas por determinado ator social, baseado na discrepância entre a realidade e a norma; pôr fim a intersetorialidade, como resposta aos problemas de saúde e território-processo, pensadas com o diálogo entre diversos atores, através de um planejamento.

A transformação das categorias concepção saúde-doença, do paradigma sanitário e da prática sanitária afetam a ordem governativa das cidades, o que acontece é que as cidades, organizadas em municípios, que tem o papel de maximizar a oferta de serviços médicos, o que ela fará através das secretarias municipais, construindo uma gerência médica, só que a transformação das categorias anteriores exigem uma nova racionalidade governativa da cidade, que permita um espaço de produção de saúde, precisa de uma gestão social, que caracterize-se pela governabilidade para além das secretarias de saúde, sendo feita em articulação com outras áreas do governo, na intersetorialidade, com articulação das ações de governo sobre “problemas concretos, de pessoas concretas, territórios concretos, transformados em demandas políticas” (MENDES, 1996, 255).

Mendes acredita que a mudança do paradigma e da prática sanitária são processos socialmente construídos e para esta construção ele propõe dois projetos, subordinados um ao outro. O primeiro é o projeto estruturante do campo da saúde: a cidade saudável, onde todos os atores sociais orientam suas ações para transformar as cidades em espaços de produção social da saúde, com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população, um processo também em constante transformação. O segundo é o projeto estruturante do campo dos serviços de saúde: o distrito sanitário, que tem como objetivo estruturar o campo dos serviços de saúde, estes entendidos como um componente da saúde. Os Distritos Sanitários, aqui são entendidos para além da divisão territorial, como, na obra anterior discutida, um processo social de mudança da prática sanitária.

Um aspecto que queremos ressaltar aqui é que Mendes aponta aqui os Distritos como uma prática que fortalece o federalismo cooperativo e que viabiliza os princípios da universalidade e integralidade. (MENDES, 1996,269).

Retomando, os DS se organizaram através da articulação de duas estratégias: a saúde da família para organizar a atenção primária de saúde e o consórcio de saúde para a atenção secundária e terciária, e destaca-se o papel das secretarias municipais de saúde nesse processo.

Como conclusão o Mendes aponta, mais uma vez, que a crise da saúde é estrutural e que, portanto, soluções meramente racionalizadoras são parciais, precisa-se de uma mudança do sistema de saúde, processo que é lento e que deve ter como referências a concepção de saúde-doença como qualidade de vida, paradigma sanitário da produção social e a prática sanitária da

vigilância da saúde e os dois projetos apresentados como uma forma de materializar esse processo social de mudança.

A partir desta exposição queremos fazer alguns comentários sobre o que acreditamos ser importante ser frisado. O primeiro é que embora Mendes trate a suas ideias como sugestões, fica claro que não são só sugestões e sim medidas a serem tomadas para que haja uma mudança real no sistema de saúde brasileiro, o nome agenda para nós deixa bem claro essa ideia, já que agenda são compromissos e objetivos que precisam ser cumpridos a fim de se alcançar um objetivo, em uma perspectiva de norma, que muitas vezes acaba soando padronizada e acrítica.

O segundo ponto que destacamos é a noção de crise estrutural, e o seu pensamento baseado em torno do papel do Estado na saúde, para nós isso ajuda a justificar as formas de ação que ele aponta para os níveis estaduais e municipais. Ademais, essas mudanças seriam fundamentais para a transformação do modelo de atenção à saúde, que para nós é o cerne do seu pensamento.

Outro debate central do Mendes são: a regionalização e a fragmentação dos sistemas de saúde.

Sobre a regionalização dos serviços de saúde, Mendes discute a crise do Estado brasileiro, suas dimensões e como ela levou ao processo de democratização e foi nesse processo que as discussões sobre regionalização se fortalecem no país, como uma “alternativa de racionalização de um aparelho de Estado amplo, centralizado e onipresente” (MENDES, 2001,16), como foi na ditadura militar.

Ele aponta que a descentralização é um processo que precisa de tempo e não pode ser implementado uniformemente e tampouco existe uma descentralização total, o que existe é a convivência de graus ou formas de descentralização mesclado com movimentos de centralização.

No caso específico do sistema de saúde do Brasil, a descentralização se expressou pela municipalização no sistema público e pela privatização, pela expansão da medicina supletiva e o desembolso direto no sistema privado.

A descentralização não pode ser vista como solução para todos os problemas de saúde, mas também não é uma alternativa catastrófica. Ela tem as suas vantagens e desvantagens, mas fazendo uma análise desse processo Mendes conclui que ele tem sido capaz de melhorar a equidade do acesso e aumentar a eficácia dos serviços. O fato é que o processo descentralizador, sempre terá prós e contras, o foco deve ser então, criar descentralizações nos serviços de saúde que maximizem os pontos vantajosos e que fragilizam as desvantagens, nessa perspectiva a melhor proposta para Mendes é a instituição “entre os níveis centrais e locais dos sistema de

serviços uma instância mesorregional” (MENDES, 2001, 26). Nesta obra essa proposta é desenvolvida com o nome de microrregiões sanitárias.

A regionalização no SUS se deu com a centralidade nos municípios, o que levou a um paradigma organizacional de municipalização organizacional, neste processo os estados foram excluídos, gerando um modelo de assistência municipalista (MENDES, 2001,32), onde os municípios expandem a atenção médica sem articulação com as regiões, criando um sistema fragmentado e ineficiente.

Mendes conclui que o Brasil saiu de um governo centralizador da ditadura, para um movimento completamente oposto, da municipalização, no entanto nenhum dos extremos é bom, é preciso que haja um meio termo entre os dois, uma mudança do paradigma da municipalização autárquica para o paradigma da micro regionalização cooperativa, para tal é preciso institucionalizar os sistemas microrregionais de serviços de saúde (MENDES, 2001, 36), posteriormente nas RAS ele muda para paradigma da regionalização cooperativa (MENDES, 2019,270).

Os sistemas de serviços de saúde brasileiros têm como base uma organização territorial/populacional, de influência dawsoniana. O modelo de Dawson possui três paradigmas de organização: o da regionalização autárquica; o da municipalização autárquica, que representa o SUS e o da micro regionalização cooperativa, modelo sugerido pelo autor, nele os municípios seguem como os “gestores do sistema de serviços no âmbito local, mas organizam-se em microrregiões de forma cooperativa” (MENDES, 2001, 38). As microrregiões não é um processo de estadualização com subordinação da esfera municipal.

O autor justifica a sua escolha desse modelo da seguinte forma:

A instituição de Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde recompõe uma escala adequada à organização dos serviços de saúde, ao agregar, num sistema cooperativo, um conjunto de municípios. Além de garantir melhoria da eficiência e na qualidade, especialmente pela via da construção de uma escala adequada, a estruturação de Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde pode impactar positivamente na equidade, ao desconcentrar recursos excessivamente articulados em poucos polos estaduais, e pode determinar aumento na satisfação dos usuários, reduzindo custos sociais altíssimos (ainda que nunca contabilizados), impostos por grandes deslocamentos de suas microrregiões (MENDES, 2001, 45).

Para além de justificar a sua escolha desse modelo, Mendes apresenta os seus conceitos, os espaços tecno assistenciais, a forma de divisão espacial, os critérios para sua implementação, um deles é a “economia de escala na operação da rede de serviços de saúde” (2001, 54). Ele mantém o seu padrão de explicar o porquê da necessidade da mudança e a forma como ela deve ser feita, os passos a serem seguidos, numa perspectiva, como já dissemos, normativa.

Sobre o problema da integração dos serviços de saúde: os sistemas de saúde, em sua grande maioria, são fragmentados e caracterizam-se pela descontinuidade da atenção, pela polarização entre atenção básica e hospitalar e pela hegemonia do último. Já os integrados constituem-se pela oferta contínua dos serviços, através de vários pontos de atenção, a integração entre estes pontos e por uma população adscrita.

Mendes ressalta que a fragmentação não tem sido um problema muito discutido na literatura brasileira, faltando “proposições de políticas de integração dos sistemas de serviços de saúde no Brasil” (MENDES, 2001, 75).

Os debates sobre a integração dos serviços é um debate recente, embora sua origem remonte da proposta hierarquizada e regionalizada de Dawson. Mendes faz um pequeno panorama das propostas que surgiram em alguns países recentemente, destacamos aqui a proposta canadense, por ter um impacto grande no seu pensamento, que propunha, entre outras coisas, a construção de redes de serviços e a melhoria da qualidade da porta de entrada única.

Os sistemas integrados de saúde têm 3 pilares: a medicina baseada em evidência, a avaliação econômica dos serviços de saúde e a avaliação tecnológica da saúde. Outro ponto central da integração é o debate da transição epidemiológica, com a mudança dos tipos de doenças, de transmissíveis, para crônicas, os sistemas de serviços precisam mudar a sua lógica de curativo para a centralidade no cuidado. A discussão epidemiológica aparece pela primeira vez neste trabalho, mas ela sempre teve uma influência no pensamento de Mendes, inclusive nos anais da VIII CNS, onde ele escreveu sobre o reordenamento do sistema nacional de saúde, ele já falava que o Brasil estava vivendo essa transição, e ela é uma das suas bases de argumentação sobre as redes, como veremos adiante.

A integração dos serviços de saúde é capaz de gerar grandes movimentos dentro da saúde, como: a passagem da atenção individual para a de base populacional, da polaridade do hospital para um contínuo de pontos de atenção à saúde, da atenção secundária e terciária para a primária, da atenção primária não resolutiva para uma altamente resolutiva, entre outros (MENDES, 2001, 102-103).

Um dos objetivos da integração é a coordenação e a comunicação horizontal dos diferentes pontos de atenção e a “garantia que a atenção à saúde seja provida no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com custo certo” (MENDES, 2001, 103). Destacamos esses dois objetivos, porque eles se assemelham ao debate que o autor faz sobre as RAS, onde um dos seus argumentos centrais é que as redes devem ser organizadas horizontalmente com igual centralidade dos pontos de atenção e sob a coordenação da atenção primária de saúde é prestada

no tempo e lugar certo, com custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada (MENDES, 2010, 2300)

A sua proposta ainda não são as RAS, mas as microrregiões de saúde, onde é pensada a instituição de uma rede integrada de pontos de atenção, ainda na perspectiva só de serviços, oposta as redes de atenção, que pensam para além dos serviços, mas também nos sistemas logísticos, nas estruturas operacionais, na assistência farmacêutica etc., Aqui as redes ainda se resumem a integração dos pontos de atenção, limitados aos serviços, tanto que quando Mendes fala como estes pontos deveriam ser geridos ele fala de atenção primária, da atenção hospitalar, da atenção em centros de enfermagem, da atenção domiciliar, do autocuidado e dos serviços sociais. Este último, embora, demonstre uma maior articulação para além dos lugares tradicionais da produção de saúde, interligando-as com as políticas sociais, o que sugere um pensamento alinhado com a noção de saúde para além da ausência de saúde, já falado neste trabalho, mas na prática o que ele trata quando fala dos serviços sociais ele pensa em lugares, fora dos hospitais, os centros de convivência e os lares de idosos, ou seja, sem integração real com uma política de assistência.

Mendes, quando fala da integração dos sistemas, mantém mais uma vez a sua postura de indicar como estas devem ser implementadas, aqui partindo do planejamento estratégico-situacional, onde essa implementação é um processo contínuo, constituído de cinco são os momentos: integração horizontal dos pontos de atenção à saúde; diferenciação e expansão dos pontos de atenção à saúde; integração vertical do sistema de serviços de saúde; integração vertical do sistema de saúde com o sistema de serviços de saúde com o sistema de assistência social; integração vertical do sistema de serviços de saúde com outras políticas públicas por meio da intersectorialidade.

Em resumo, Mendes conclui que a integração dos serviços de saúde traz consequências positivas para as práticas sanitárias e na formação de profissionais de saúde. Portanto, o SUS precisa inclui-la nos seus pilares da reforma da reforma e o seu resultado só será possível dentro da descentralização microrregional dos serviços de saúde.

Para Mendes, a integração só é possível na microregionalização, posteriormente é que as RAS serão a forma indicada pelo autor para o estabelecimento de sistemas integrados de saúde, para além dos serviços.

### 2.3 Redes horizontais

Até agora buscamos mostrar o caminho que Mendes percorreu até chegar nas redes de atenção à saúde, a partir daqui retomamos ao objetivo do trabalho, de apontar quais são as suas ideias e formulações sobre este tema.

Para isso usaremos dois de seus trabalhos sobre o tema: o artigo redes de atenção à saúde publicado em 2010, na revista ciência e saúde coletiva e o livro de mesmo nome de 2011, publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde e uma das suas últimas publicações: os desafios do SUS, de 2019, publicado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

O primeiro aspecto que vamos destacar de Mendes em relação ao debate sobre das redes é as condições de saúde crônicas e agudas de saúde, condições entendidas como situação circunstâncias de saúde na vida das pessoas que exige uma resposta, proativas ou reativa, eventual ou contínua, dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011, 25).

O segundo é a categoria condição de saúde, fundamental para o autor porque só se agrega valor às pessoas nos sistemas de atenção à saúde quando se enfrenta uma condição de saúde por meio de um ciclo completo de atendimento a ela.

Os sistemas de saúde, em sua grande maioria são fragmentados, incapazes de fornecer esse ciclo completo de atendimento, e dão foco na resposta às condições agudas, desconsiderando a transição epidemiológica que as sociedades enfrentam, caracterizada pelo aumento das doenças crônicas, que exigem respostas contínuas e integradas.

O avanço demográfico e a urbanização têm levado ao aumento dos casos de doenças crônicas, que são àquelas permanentes de longo prazo, como doenças de saúde mental, as metabólicas entre outras, que podem ter momentos de agudização, causadas pelo mal manejo dessas condições ou por crises (MENDES, 2011,31), nesse sentido elas exigem dos sistemas de saúde respostas proativas e contínuas, diferentemente das doenças agudas, que são pontuais e demandam respostas reativas e episódicas.

O fato é que o SUS, para Mendes, é um sistema fragmentado, focado nas doenças agudas, que ignora a situação brasileira de tripla carga de doenças: infecciosas, de nutrição e de saúde reprodutiva e às condições crônicas e seus fatores de risco, e que portanto produz uma atenção fragmentada, voltada para os eventos agudos e é esse descompasso a razão fundamental da crise do nosso sistema público.

Precisa-se de uma mudança da lógica da atenção à saúde, para uma que faça o acompanhamento contínuo dos usuários com questões crônicas, sob a coordenação da Atenção

Primária de Saúde, com o apoio dos serviços secundários e terciários, a proposta então é a substituição dos sistemas fragmentados, constituídos por níveis de complexidade crescentes, com relações de ordem e graus entre os diferentes níveis, hierarquicamente fundamentada, equivocadamente, pelo conceito de complexidade, que leva a banalização da APS, pelas Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011).

Mendes como grande parte da bibliografia sobre o tema<sup>8</sup> aponta o relatório Dawson como a primeira proposta de rede, mas ele retoma as discussões surgidas em meados dos anos 90, baseadas nas experiências de sistemas integrados americanos. Já na América Latina poucas são as experiências de redes e no caso específico do Brasil o tema é recente, mas em crescente evolução.

O autor aponta as RAS como uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde, como evidência ele cita alguns estudos que demonstram que os sistemas integrados garantem a diminuição das internações hospitalares, a maior satisfação com os serviços de saúde mental, a redução do uso de serviços especializados, o fortalecimento da APS, entre outros (MENDES, 2011, 69-71).

No entanto, as RAS para serem realmente eficientes, efetivas e de qualidade, precisam ser estruturadas a partir dos seguintes fundamentos: economia de escala; disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção.

Para Mendes Redes de Atenção à Saúde são:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária de saúde prestada no tempo e lugar certo, com custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas para esta população (MENDES, 2010, p.2300).

Nessa perspectiva as RAS devem ser organizadas sem hierarquia, de forma poliárquica, onde todos os pontos de atenção são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente, sob a coordenação da APS, como foco no ciclo completo de uma condição de saúde (MENDES, 2010, p.2300). E são constituídas por 3 elementos fundamentais: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

---

<sup>8</sup> Discussão realizada no primeiro capítulo

A população de uma Rede de Atenção à Saúde precisa ser conhecida e registrada, mas não basta conhecê-la, ela precisa ser dividida em subpopulações por fatores de risco e condições de saúde.

A sua estrutura operacional é composta por um centro de comunicação: a Atenção Primária à Saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança.

Aqui precisamos retomar a comparação entre antes faladas por ele, redes de serviços de saúde e as RAS, já que a primeira se limita ao aspecto dos serviços, enquanto a segunda vai para além, trazendo dentro dos sistemas de apoio assistência farmacêutica, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de informação, e na logística inclui cartão de identificação dos usuários, prontuários clínicos, sistemas de transporte, sistemas de acesso regulado, ou seja, há uma preocupação de integrar todos os aspectos da saúde, para além dos serviços de atendimento aos usuários, pensa-se numa integração que reflete um pensamento da saúde ampliada.

Outro ponto que queremos ressaltar sobre as RAS em Mendes é o lugar que a APS, resolutive, coordenadora e orientadora de fluxos, com a capacidade de acolher e se responsabilizar sanitariamente pela sua população, dessa forma diminuindo custos e o número de procedimentos mais caros, aumentando a equidade do acesso e dando mais qualidade a saúde, por enfatizar a promoção e prevenção (MENDES, 2010, 2300).

A Atenção Primária funciona nas redes como um espaço de vinculação qualificado, logo a população de responsabilidade das RAS é aquela cadastradas e vinculadas a uma unidade da APS (MENDES, 2019, 198), o conhecimento aprofundado da população é elemento básico para a mudança de modelo de gestão, fundamental para a constituição das redes. Essa mudança para Mendes é um dos grandes desafios do SUS, é preciso que se mude o atual modelo de gestão de oferta, que não tem relação com as necessidades dos usuários, que trata a população como uma soma de indivíduos, que não cria vínculos entre profissionais e usuários, para um modelo de gestão da saúde, que tem foco na redução das desigualdades, que considera os determinantes sociais da saúde, que usa o enfoque epidemiológico na gestão e vê a população para além de um número.

Essa mudança de modelo é fundamental para as RAS e nessa perspectiva a população de responsabilidade das redes é a inscrita e vinculada na APS, mas ele também fala da importância de se conhecer a população usuária para se romper com o modelo de gestão da oferta, mas quando você limita a sua atenção somente a população que está inscrita e vinculada você não a conhece realmente, ou a conhece de forma excludente, que não é a proposta do SUS,

que inclui os inscritos e não inscritos. O que nos faz refletir: se você não está inscrito e vinculado a uma unidade da APS, você não é usuário?

Voltando às estruturas operacionais das RAS, o último ponto que Mendes aborda é a governança, entendida como o arranjo organizativo uni ou pluri- institucional que permite a gestão de todos os componentes das redes (MENDES 2011, 156) e é composta por um desenho institucional, um sistema gerencial e um de financiamento.

O último elemento fundamental das Redes é o modelo de atenção à saúde, entendido como:

um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações 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 prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011, 209).

Para Mendes, precisa haver uma mudança desse modelo, para que seja possível responder com efetividade, eficiência e segurança às situações de saúde dominadas pelas condições crônicas. As RAS no SUS precisam de um modelo que intervenha concomitantemente sobre as condições agudas e as crônicas e o modelo que ele propõe é a junção do modelo de atenção às condições crônicas (MACC), com o modelo piramidal de riscos e o modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead, criando um modelo de atenção às condições crônicas.<sup>9</sup>

As Redes de Atenção de Mendes são um sistema que busca no plano de sua institucionalidade aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter relações (MENDES, 2019, 173) e tem como objetivo melhorar a qualidade da atenção e da vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção, à eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (MENDES, 2019, 176), elas têm a capacidade de melhorar o uso de recursos e reduzir os custos da atenção (MENDES, 2010, 2303).

Nas RAS, na perspectiva de Mendes, não há hierarquias, o que existe é uma poliarquia, com uma horizontalidade entre os pontos, sem diferença de complexidade entre os pontos, mas sim de densidade, uma rede capaz de atender as pessoas no lugar e tempo certo, o que nos faz pensar que lugar é esse, porque para nós o lugar e tempo certo é onde o usuário está na hora que está e não no espaço de atenção que condiz com a sua necessidade de saúde, ou seja, um

---

<sup>9</sup> Para mais informações visitar o capítulo 7 do livro: MENDES, Eugênio Vilaça. Os desafios do SUS. Brasília-DF, CONASS, 2019 e o capítulo 3 do livro MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

mal estar tem que ser atendido em qualquer lugar, e não só na APS, como é o que preconiza as redes do autor aqui tratado.

Mendes ao tratar das redes mantém o seu caráter normativo, de indicar direções que devem ser seguidas para a sua implementação.

Esse capítulo escolheu fazer uma recapitulação de algumas obras escolhidas do Mendes e o que concluímos nesse processo é que o debate sobre a regionalização em saúde sempre foi parte das suas reflexões, ele seguiu um caminho que partiu dos Distritos Sanitários, indo para as microrregiões, onde ele discutiu redes de serviço, para pôr fim chegar as RAS, um percurso que seguiu uma lógica de produção e periodização dos debates da área de política, planejamento e gestão em saúde (PPAS) (TEIXEIRA, 2015, 89). Sua caminhada seguiu o avanço do debate da regionalização sempre na perspectiva da norma.

### 3 LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECILIO

#### 3.1 Introdução

Este último capítulo tem como objetivo discutir o trabalho do Luiz Cecilio, portanto começaremos fazendo uma breve apresentação sobre a vida do autor. Ele se formou em medicina em 1974 e fez uma especialização em saúde pública em 1977 e 1993 ele concluiu o seu doutorado em saúde coletiva pela UNICAMP. Nos anos 90 ele realizou cursos sobre a planificação por objetivo ZOPP<sup>10</sup> e planificação e governo ministrado pelo Carlos Matus.

Cecilio trabalhou como médico para o governo do Estado de São Paulo, como professor pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), como consultor para a Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Ele participou do Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde (LAPA) da UNICAMP, junto com Emerson Merhy e Gastão Wagner. Produziu diversas pesquisas sobre planejamento, alguns dos seus mais recentes trabalhos são sobre as múltiplas lógicas da construção da rede de cuidado no SUS e sobre a regulação do acesso à atenção especializada na Atenção Primária à Saúde.

Como já apontado Cecilio participou de cursos sobre o Planejamento Estratégico em Saúde (PES) com o Carlos Matus, o que influenciou muito o seu trabalho, visto que ele trabalha na maior parte deles com uma mescla do PES com o ZOPP, que funciona como um tipo de “roteiro para fazer projetos” (CECILIO, 1994, 265) na intenção de desenvolver uma nova forma de planejamento estratégico mais light, que pode ser chamada de PES modificado ou de ZOPP enriquecido com PES (CECILIO, 1997, 151), ele tinha uma “preocupação em superar os impasses colocados à aplicação sistemática de técnicas de Planejamento. O seu objetivo: manter algum rigor metodológico, tornando, ao mesmo tempo, acessível ao maior número de pessoas os segredos do Planejamento” (CAMPOS, 2000, 728). Segundo Onocko essa estratégia é muito interessante ao permitir criar uma nova metodologia sistemática, no entanto ela aponta que nessa fusão entre os dois métodos Cecilio suprimiu algumas das partes mais importantes do PES, que é o momento explicativo e a substituiu pela árvore explicativa do ZOPP, para ela essa supressão ao deixar de lado a mais complexa e mais crítica do método, acaba por perder a chance de se fazer uma análise complexa da realidade, para além do senso comum, ela também

---

<sup>10</sup> sigla alemã, “Zielorientierte Projektplanung” – Planificação de Projetos orientada a objetivos

critica a simplificação do momento estratégico, transformando-o em simples análise de controle de recursos e interesse dos atores, já que para ela esse é o momento chave para a constituição da identidade de um grupo (CAMPOS, 2000, 729).

Outros aspectos que queremos ressaltar sobre este autor é que o seu pensamento parte da noção de que a epidemiologia não tem a capacidade total de dar conta das questões de saúde, já que a sua resposta é limitada, o que move a saúde é a forma pela qual o usuário se movimenta na busca pelo atendimento das suas necessidades em saúde e isso vai muito além dos aspectos epidemiológicos, logo um modelo de saúde baseado só na epidemiologia é incapaz de resolver plenamente os problemas de saúde.

Considera que o recorte epidemiológico não tem tido plena abrangência para dar conta da questão saúde/doença e necessidade de saúde. Há, necessariamente, uma dinâmica que é imposta para o conjunto do setor saúde dada pela forma como o usuário (individual e/ou coletivo) representa suas carências e sofrimentos como problemas de saúde, e que contamina o seu modo de ir à cata de ações e do consumo de tecnologias que lhes possam dar proteção e/ou resolução. Esperando que, ao consumir algo no campo da saúde, ele tenha como efeito real uma diminuição de seu risco de adoecer, de sofrer e/ou morrer. Espera cura, proteção, autonomia (MERHY, 1995, 146).

Essa forma de pensar no planejamento é caracterizada por Merhy como a gestão estratégica e o planejamento em saúde (MERHY, 1995, 145).

Nosso objetivo aqui é fazer uma discussão das obras do Cecilio, com o intuito de entender brevemente as suas ideias, especialmente, no que se refere às redes, tema deste trabalho. Este autor, ao contrário do Mendes, desenvolveu o seu pensamento de uma forma bem menos linear, ou seja, nele não vemos o caminho tão bem traçado que vimos no capítulo anterior, mas é possível perceber que os temas das necessidades em saúde e a crítica dos modelos duros de saúde muitas vezes perpassam o seu trabalho, além claro da centralidade do usuário nas políticas de saúde e no planejamento. Por isso, vamos dividir este capítulo em três grandes temas que acreditamos serem centrais para ele, que são: planejamento, necessidades em saúde e redes e o agir leigo e a partir desses temas vamos apresentar o seu trabalho.

### 3.2 O planejamento

O primeiro livro que queremos abordar aqui é inventado a mudança na saúde de 1994, fruto da temática que ele desenvolveu na sua tese de doutorado e teve mais alguns capítulos acrescentados escritos pelos seus colegas do Laboratório de Planejamento e Administração:

Gastão Wagner e Emerson Merhy, nesta obra analisa-se e discute-se brevemente o trabalho desenvolvido pelo LAPA.<sup>11</sup>

Este livro possui 3 capítulos escritos pelo Cecilio, em um deles ele narra um pouco da experiência do LAPA na criação de um curso de treinamento de gerentes na cidade de Piracicaba, essa experiência em especial foi fundamental para o laboratório porque o permitiu testar sistematicamente "determinado instrumento de planejamento" (CECILIO, 1994, 161) que foram usados depois em outros projetos do LAPA.

O que o laboratório propôs a Secretária Municipal de Saúde foi um programa de desenvolvimento gerencial, que começou em 1991, com a intenção de ser aberto às necessidades dos gestores e, portanto, em função das suas expectativas, para isso se buscou entender o que os participantes achavam que era a atribuição de um gestor, mas apesar de ter espaço para a escuta dos participantes, já havia uma previsão do que era desenvolvimento gerencial: a defesa da vida.

Este curso buscou discutir um roteiro que começou com o debate sobre o modelo tecno assistencial, sua tradução na organização do processo de trabalho na unidade e por fim como instrumentalizar os gerentes a intervirem sobre as suas realidades locais (CECILIO, 1994, 164).

Muitos dos participantes tinham interesse de conhecer as técnicas de planejamento, nessa ideia usou-se uma planilha de avaliação aplicada 3 vezes na rede, nela houve a participação dos usuários, permitindo a participação dos atores "leigos"<sup>12</sup>, no processo de gestão das unidades.

Ademais, essa planilha refletia ideias de integralidade da atenção, facilidade do acesso, resolutividade, produtividade no sentido de aproveitamento e desperdícios de recursos (CECILIO, 1994, 168). Esta planilha se institucionalizou e conseguiu superar a tendência comum aos instrumentos de avaliação de se tornarem simples instrumentos burocráticos.

A partir da sua aplicação foi possível avaliar o impacto do projeto sobre a qualidade do atendimento prestado à população, mas não o seu impacto sobre os níveis de saúde da população, por se entender que a multi determinação dos processos de saúde/doença.

Como conclusão Cecilio aponta que o programa melhora a qualidade do atendimento prestado a população na rede básica, que se alcançou o padrão mínimo esperado em alguns itens, o desenvolvimento de atividade para crianças menores de dois anos, mas que o número

---

<sup>11</sup> Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde

<sup>12</sup> Leigos aqui entendidos como categoria central do pensamento do autor quando se fala dos usuários.

de oferta em todos os horários de funcionamento pouco cresceu, mas este impacto depende das prefeituras e secretarias de saúde não dos gestores.

O programa permitiu a melhora da qualidade mínima do atendimento, a utilização adequada dos recursos e a racionalização do processo de trabalho, logo houve uma melhoria na atenção prestada aos usuários da cidade de Piracicaba, o que não significa dizer que o atendimento é bom, mas que consegue cumprir minimamente o que é esperado dele (CECILIO, 1994).

Ainda nessa obra Cecilio escolhe fazer uma apresentação dos livros e teorias que inspiraram o seu pensamento e dos outros autores do livro e do LAPA.

Ele chama de livros ocultos aqueles que não foram diretamente citados na obra, mas que foram fundamentais para a sua formação, sendo estes livros que traduzem o discurso do movimento sanitário, sobre o tema do planejamento um dos autores que inspirou Cecilio foi o argentino Mario Robirosa, que escapava do modelo opasiano clássico prevalente durante a sua formação, o enfoque deste pensador era que o planejamento do setor público sempre precisava considerar as necessidades dos setores mais pobres da população. No mais, vários dos livros ocultos foram aqueles escritos na tradição da esquerda latino-americana e brasileira.

Os livros explícitos, ou seja, os citados e referenciados, são as obras de Carlos Matus e os da tradição do planejamento de projetos por objetivos (ZOPP) e as formulações de Gastão e Merhy.

Cecilio tem uma grande preocupação em explicar o pensamento do Matus, suas teorias, o PES e o ZOPP. Visto que essas são as bases do seu pensamento em planejamento.

Para ele o PES, na gestão do setor público é insuficiente, por isso ele explora a metodologia do ZOPP, em conjunto com as concepções de gestão do setor público de Gastão.

O ZOPP funciona como um roteiro de projetos, com o estabelecimento de diversos passos que precisam ser dados e em conjunto ao PES, que podemos caracterizar como sendo um “conjunto de métodos a serem utilizados nos diversos momentos do processo de planejamento, quais sejam, o “explicativo”, o “normativo”, o “estratégico” e o “tático-operacional” (TEXEIRA,2000, 29), a fusão entre esses dois métodos foi usada pelo LAPA diversas vezes.

Outro ponto que Cecilio aborda são o que ele qualifica como livros espelhos, que iluminaram as experiências abordadas no livro por ele e pelos outros autores, e que permitiram uma reflexão acerca do significado e alcance.

O que queremos trazer nesse primeiro debate é a importância que as concepções do PES tem para o nosso autor, mas que ele entende o limite teórico do pensamento de Matus, de

produzir um método que acabou se tornando uma metodologia sistemática, portanto normativa e que muitas vezes acaba por desconsiderar a realidade, por isso recorre a outras formas de planejamento e também o fato de que embora ele use a teoria geral da administração ele reconhece que quando se trata dos projetos do movimento sanitário brasileiro, a mesma é limitada. O fato é que os autores e obras que o nosso autor aborda aqui vão perpassar o seu pensamento durante muitos dos seus trabalhos.

O próximo livro que queremos discutir é o agir em saúde de 1997, nele Cecilio escreveu três capítulos que tratam do planejamento usado pelo LAPA nas experiências abordadas no livro e em outros trabalhos do laboratório, que como já dito, é um híbrido de do PES de Matus e o método alemão ZOPP.

Essa “mistura” de métodos tem como princípio básico as necessidades dos atores, e tenta simplificar o processo, mas sem abrir mão das categorias que precisam ser consideradas no processo de planejar.

Do PES são incorporados os elementos que falam da “complexidade dos sistemas sociais, da incerteza e de condições de baixa governabilidade de que faz o plano” (CECILIO, 1997, 152), já do ZOPP, são incorporadas “a simplificação metodológica”.

Abordando essa junção Cecilio procura abordar cada etapa desse novo método, mostrando as suas dificuldades e orientações para a sua operacionalização, que aqui vamos abordar, por perceber que esse é um padrão usado nas intervenções do LAPA. O primeiro ponto é o entendimento de quem é o ator que planeja, é aquele que assina o plano, não uma instituição, nunca uma prefeitura ou uma secretaria, já que estas organizações complexas, compostas de diversos sujeitos, é importante ter sempre claro quem está assinando o plano. O segundo aspecto é a compreensão da missão da organização em se está planejando e Cecilio aponta que a missão deve responder sempre três pontos: quais produtos, para que clientela e com quais características um determinado serviço ou organização se compromete a oferecer” (CECILIO, 1997, 153).

Outro ponto é o problema que será enfrentado pelo plano, problema é característico tanto do ZOPP, quanto do PES, mas a forma pela qual o último entende estes é como Cecilio e o LAPA escolhem usar, logo a partir da divisão entre problemas estruturados e quase estruturados, se ocupando dos últimos, considerados mais complexos por terem diversas causas. Por essa razão é fundamental fazer a descrição do problema a ser enfrentado, da forma mais precisa possível, e quando exequível fazer a sua quantificação. Também é parte do processo identificar as suas causas para entender a sua gênese, ambas as formas de planejamento usadas têm um momento de explicação, no ZOPP aparece através do instrumento da árvore dos

problemas, onde as raízes são as causas e os galhos as consequências, ou seja, é um método visto de baixo para cima. Já o PES, usa o fluxograma situacional, que usa uma linha da esquerda (mais profunda) para a direita (mais superficial).

Cecilio aponta que os dois instrumentos têm problemas, o primeiro por ser mal usado, com cadeias de causalidades mal desenvolvidas, não aprofundando na compreensão dos problemas, já o segundo inibe a autonomia dos grupos que estão o aplicando, por exigir sempre um coordenador com experiência prévia de planejamento para aplicá-lo.

Depois de entender o papel que os problemas ocupam no seu planejamento, o autor aponta que o próximo passo é começar o plano, composto por operações para impactar as causas mais importantes do problema e todas estas devem resultar em um produto de ações em resultados dessas ações. Outro aspecto para o plano é a análise da sua viabilidade, entendendo que quem o está fazendo “não controla todos os recursos para a sua execução” (CECILIO, 1997, 162), por isso é preciso o reconhecimento dos outros atores que controlam os recursos para o plano e as suas motivações para com o mesmo.

A partir daí se prepara para colocar o plano em prática, pensando no responsável pelas operações estabelecidas e a estipulação de prazos para o seu cumprimento e pôr fim a sua implementação, que é possível pela gestão que são as pessoas responsáveis por executá-lo dentro de um tempo específico, através de tarefas estabelecidas, mas também é preciso ressaltar que a sua boa execução depende da clara “definição das responsabilidades e dos dispositivos de prestação regular de contas” (CECILIO, 1997, 167).

Estes são os pontos do planejamento adotado pelo Cecilio e pelo LAPA e que aparecem claramente nos debates sobre as experiências de trabalho destes.

Seguindo no debate sobre as formas de intervenção, dentro do planejamento, nas instituições de saúde, Cecilio sistematiza os pontos para um “roteiro prático de ações” (CECILIO, 1997, 293), para a intervenção em hospitais públicos, sendo este criado a partir das reflexões tomadas de experiências de intervenção em diversas instituições hospitalares pelo país, com o foco na qualificação dos atendimentos.

O trabalho do LAPA e do Cecilio nestes espaços tem sido estabelecer o uso do planejamento de “recorte situacional” (CECILIO, 1997, 294) valorizando a discussão sobre a missão do hospital e das duas equipes, centrada no melhor atendimento dos usuários, partindo daí o trabalho do laboratório de tem focado no entendimento de qual é o projeto, entendido pelo autor como:

são pensados o financiamento do hospital e seu regime jurídico; como é feita a definição da sua clientela; como é construída sua relação com o SUS; como é articulada a relação entre as categorias profissionais e a inserção de cada uma delas

no processo de trabalho e na construção de equipes; quais incorporações tecnológicas são pretendidas e quais as razões que orientam tal ou qual opção; qual a missão que o hospital pode pensar em construir entre os aspectos mais importantes que definem a forma como os vários atores “vêm” o hospital público (CECILIO, 1997,295)

É fundamental entender qual é o “projeto” desejado claramente, mas sem deixar de lado os pontos de disputas que existem na instituição, já que os projetos nunca são homogêneos.

O próximo passo deve então ser que o hospital estabeleça com clareza a sua missão e o seu perfil assistencial, entendendo que ele não precisa ser o local só de cura e reabilitação, ele também pode ser o lugar da promoção da saúde, da vida e da cidadania.

Vale comentar que pensar o hospital para além do lugar de cura não coaduna com as ideias tradicionais de pensar essa instituição como o ponto final de um caminho de busca pelo cuidado, ou seja, destoa da divisão piramidal que pensa o hospital como o lugar da mais alta complexidade do atendimento.

Retomando, essa mudança na intervenção hospital depende de negociações permanentes da missão e do perfil assistencial deste, abandonando as perspectivas rígidas de pensamento sobre o seu lugar como último, topo da pirâmide. Para Cecilio, o hospital pode ser “a porta de entrada para o sistema de saúde e local para determinados atendimentos que lhe sejam específicos e intransferíveis” (CECILIO, 1997, 302).

A missão do hospital precisa ser desenhada entendendo o sistema como um todo e a partir das necessidades das pessoas. O objetivo é tentar desmontar a lógica da vertical e fragmentada dos hospitais e ampliar a autonomia da gestão, para isso a proposta do autor é reorganizar a lógica gerencial hospitalar centrada em unidades de produção, o que se sugere é a quebra da gestão vertical calcada nos corpos profissionais, substituindo-as por gerentes, que podem ser qualquer profissional da equipe e que atuaria como um animador da equipe, o que significa:

integrar de fato os vários profissionais que atuam na unidade em outros arranjos capazes de quebrar a lógica segregadora das corporações; conseguir que os membros da equipe conversem de forma sistemática entre si, assumindo sempre compromissos centrados na qualificação do atendimento a ser prestado ao paciente; coordenar o processo de avaliação do desempenho da unidade na perspectiva de sua missão, com acompanhamento da qualidade das informações geradas; avaliar, regularmente, a satisfação dos “clientes”, sejam eles externos ou internos (CECILIO, 1997, 308).

Outra sugestão do autor é criação do compromisso com a qualidade do atendimento dos clientes, clientes pensados na perspectiva de sujeito que sempre tem razão e que por isso tudo deve ser feito pela instituição para atender os seus anseios. Essa mudança de usuário para clientes precisaria ser feita lentamente, já que introduzir a noção de cliente como portador de direitos e necessidade e como centro dos processos gerencial leva algum tempo, mas para ele

pensar a ideia de clientes poderia ajudar a superar o isolamento das equipes e duas atividades, pois as mesmas seriam obrigadas a organizarem as suas atividades a fim de garantir o atendimento das necessidades dos outros e não só como fim em si mesma, ou seja, ajudaria a desalienar o processo de trabalho.

Nós, particularmente discordamos do uso do conceito de cliente, visto que esta terminologia está fundada em uma lógica de mercado imbuída de relações de produção marcadas pelo capital, pela troca de mercadorias, em uma lógica comandada pelo fetiche da mercadoria, algo que o SUS se afasta completamente ao estabelecer como princípio a universalidade do atendimento sem condições, pensar o termo cliente para nós é um retrocesso e pode acabar ajudando a reforçar a ideia de saúde como mercadoria, o processo precisa ser feito é o de entendimento que a saúde de qualidade é um direito de todos, e atender todos com qualidade, cuidado e respeito é função de todos os trabalhadores da saúde.

Cecilio aponta que a sua intenção não é fazer uma receita de bolo, mas sim apresentar uma síntese dos desafios que o gestor do setor público pode e irá enfrentar, concluindo que o papel do hospital precisa ser permanentemente revisto dentro de um SUS ainda frágil, para pôr fim ser capaz de atender as necessidades do perfil epidemiológico da população.

Por fim, ele apresenta algumas experiências de avaliação de desempenho de um hospital onde ele atuou como consultor, onde foram implantados os passos anteriormente abordados. Nesta instituição foram desmontados os organogramas verticalizados e enfatizado o trabalho as equipes organizadas em unidades de trabalho, com o estabelecimento do papel de animador da equipe, da gestão colegiada e participativa com ênfase na satisfação dos clientes (CECILIO, 1997). Cecilio apresenta dados coletados por uma planilha elaborada pelo LAPA, que tinha como objetivo medir a qualidade dos processos e de produtos, resultado de um trabalho multidisciplinar. Esta planilha é fruto de um sistema de gestão descentralizado e participativo, com o envolvimento dos trabalhadores, evitando assim que ela se limite a um rito burocrático, já que está sempre em constante reformulação com a participação dos funcionários, com o objetivo não de medir produtividade, mas sim a qualidade do atendimento e sempre acrescentando indicadores à medida que a avaliação se torna parte do trabalho. Ela também precisa ser sempre capaz de gerar conversas entre os trabalhadores, para garantir que ela se torne parte do processo de trabalho, não burocracia e assim garantir a geração de impacto na instituição.

### 3.3 Necessidades de saúde

Nesta seção trataremos da ideia de necessidades de saúde, que aparecem formuladas no livro saúde e humanização: a experiência de Chapecó de 2000, essa obra tem como objetivo trazer testemunhos sobre os progressos da reforma sanitária e também relatos de experiência dentro da secretaria municipal de saúde de Chapecó, Santa Catarina e no artigo uma taxonomia operacional de necessidade e saúde foi publicado em 2006, em parceria com a Norma Matsumoto, no livro Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde produzido pelo LAPPIS. Escolhemos falar desse desta temática, porque ela é um tema central para a forma pela qual ele vai pensar as redes.

Cecilio destaca a sua experiência como consultor, relatando como ele conseguiu melhorar o diálogo entre a secretaria e os médicos da rede básica, razão pela qual ele havia sido chamado, ele ainda aponta os dispositivos usados para facilitar essa conversa.

Os temas discutidos entre os participantes do projeto em que o nosso autor foi consultor se relacionam com os apontados na obra agir em saúde, tal como a discussão de como os médicos veem a missão da unidade básica de saúde, qual seria a missão ideal do posto de saúde, a qualidade do serviço básico, como ele avaliam a qualidade da atenção prestada na rede, considerando os aspectos estruturais, processos e os resultados.

Outro ponto que o autor traz é relatar a ação de um programa chamado integração e humanização, encaminhado e aprovado pela secretaria municipal de saúde.

As convenções do programa eram a possibilidade de se construir uma nova equipe de saúde, de se aperfeiçoar o atual modo como as unidades são geridas e o modelo assistencial. A sua implementação se deu através de encontros multiprofissionais e ao final se conclui que serviço humanizado é aquele “organizado para executar, captar e atender da forma mais completa possível as necessidades de saúde das pessoas” (CECILIO, 2000, 161).

As necessidades de saúde são distribuídas em quatro grupos principais: necessidade de boas condições de saúde; necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde, que contribuam para melhorar e prolongar a vida; a necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe e; necessidade de se ter autonomia no modo de andar a vida, essa classificação é resultado dos estudos de Sotz e Cecilio teve contato com este autor durante a orientação do trabalho de mestrado de Norma Matsumoto.

A ideia do projeto era a qualificação de uma rede de serviços que tivesse como centro as necessidades de saúde, ao invés da adoção de modelos tecno assistenciais definidos e fechados, o objetivo era, portanto, que o usuário fosse central na construção da rede.

O projeto fez uso ainda da teoria da história natural das doenças propostas por Leavell e Clark na década de 60, com o intuito de ampliar a visão dos participantes sobre a doença, incorporando o tema das condições de vida dos sujeitos.

Cecilio demonstrou que muitas das necessidades passavam despercebidas pelos profissionais e acabam se resumindo à demanda pelo atendimento médico.

O projeto ainda produziu uma série de estratégias para a humanização da rede, destacamos aqui a preocupação com a articulação dos serviços básicos com os outros níveis de atenção.

Esta discussão influencia o pensamento do Cecilio, quando se trata de produzir um serviço de saúde de qualidade, humanizado e integrado, onde o usuário é centro do processo.

O autor mostra a construção teórica da taxonomia, reconhecendo a influência do trabalho de doutoramento de Eduardo Sotz, as necessidades de saúde: medicações de um conceito, é deste ator que Cecilio e Matsumoto adotam as premissas de que a saúde é um bem coletivo, mas que as doenças são de caráter individual, as necessidades então são sempre fruto da realidade histórica em que se vive, logo dinâmicas e mutáveis, mas também possuem um componente de natureza subjetiva e individual e não pode ser entendida individualmente, mas sempre a partir do contextos e das relações sociais do sujeito e da estrutura social em que ele está inserido.

Partindo de Sotz e de outros pensadores os autores fazem um esforço para reconceituar as ideias trazidas por estes, a fim de transformar o conceito de necessidades em algo mais operacional, como um instrumento para a avaliação e organização da assistência.

A taxonomia produzida por Cecilio e Matsumoto tentou dar conta de enfoques de necessidade de saúde de diversas correntes das ciências sociais e do campo da saúde coletiva, de teorias distintas, construindo um resultado eclético, que inclui desde o marxismo até o funcionalismo e que se resume às 4 necessidades apresentadas anteriormente e que agora vamos destrinchar um pouco das correntes teóricas de cada uma delas.

As necessidades de boas condições de vida bebem da tradição bebem da tradição humanista de Son Martin, ao entender a saúde/doença como um fenômeno de determinações sociais, e também do marxismo ao incluir o pensamento de Berlinguer, que entende a doença como a dificuldade de um indivíduo dentro de uma sociedade, ou seja, a doença não é isolada

da coletividade, portanto resolver as doenças sem interferir nas formas de vida, de produção e de relação com os outros sujeitos é improfícuo.

A garantia de acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que prolonguem a saúde, tem relação com a produção de Gastão Wagner Campos, onde ele afirma que as demandas de necessidades de saúde se materializam na busca espontânea pelos serviços de saúde.

A necessidade de se ter vínculos com um profissional ou uma equipe de saúde também parte do pensamento de Campos no sentido de que este acredita que só há relação de vínculo quando o usuário assume o seu papel de sujeito do processo, o que ocorre dentro do campo da clínica, no SUS a ideia de vínculo é estruturante da estratégia de saúde da família, que tem como intuito reorganizar a atenção básica do país.

Por fim, a necessidade de autonomia e autoridade na construção do “modo de andar a vida”, parte também das ideias de Campos, sobre o entendimento de que curar é dar ao sujeito a maior autonomia possível a este, a passividade é um “empecilho para a cura, à prevenção e à promoção à saúde” (CECILIO; MATSUMOTO, 2006, 46). A ideia de autonomia tem relação direta também com o campo da educação em saúde, onde o objetivo é de que os educadores devem colaborar para que os indivíduos sejam sujeitos de suas próprias vidas para assim enfrentar os seus problemas de saúde, dentro do contexto social em que estão inseridos.

Para Cecilio e Matsumoto as necessidades de saúde têm funcionado como auxiliar no processo de avaliação de serviços e capacitação, como vimos anteriormente, ela também tem sido instrumento para a reflexão e sensibilização de profissionais para a discussão e criação de novas formas de organizar a assistência (CECILIO; MATSUMOTO, 2006,49).

Outro debate destacado pelo autor é sobre integralidade e a equidade, entendendo que ambas são realizadas dentro da universalidade do acesso e o objetivo do autor é usar as necessidades como um analisador de influência para a construção de novos saberes e práticas de saúde.

Retomando as necessidades, Cecilio apresenta os conjuntos das necessidades, a primeira das condições boas de vida, inclui o ambiente em que se vive, mas também o lugar que se ocupa no processo produtivo do capitalismo, sendo resumida em: “a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde” (CECILIO, 2006, 118). O acesso a todas as tecnologias para o prolongamento da vida, tem como fundamento a ideia de que não há tecnologia mais simples ou mais complexa, o valor de uso de cada uma é definido pela necessidade de cada um em momentos singulares, portanto, não há como se estabelecer hierarquias de importância destas de forma normativa, já que a sua importância parte dos profissionais de saúde, mas especialmente dos usuários e as suas necessidades.

Sobre as necessidades de criação de vínculo Cecilio aponta que essa relação não pode se limitar a simples inscrição em um programa, como por exemplo o Programa Saúde da Família (PSF), é preciso que haja uma relação contínua entre os profissionais e os usuários, o que ele define como “encontro de subjetividades” (CECILIO, 2006, 119). Por fim, a autonomia tem relação com a educação e a informação em saúde, já que elas são capazes de fornecer ao sujeito formas de organizar o seu cuidado, o autor resume a autonomia como a “possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida” (CECILIO, 2006, 119) e essa reconstrução impacta não só a forma como o sujeito vive, mas também na sua capacidade de garantir que as suas necessidades sejam atendidas, ou seja, garante que o usuário seja sujeito do processo.

Celio acredita que a integralidade da atenção a partir das necessidades, a integralidade é produzida pelos esforços e saberes de uma equipe multi no espaço dos serviços de saúde e toda atenção deve ser focada em responder às necessidades de saúde, mais do que aderir um modelo de atenção, no entanto a integralidade nunca pode se realizar em espaço único de saúde, por melhor que este e a saúde equipe seja, ela precisa estar em todos os âmbitos e é feita através da articulação entre os serviços, pois só quando há integração entre eles é que o usuário consegue, por exemplo, atender a sua necessidade de acessar todas as tecnologias precisas para o prolongamento da vida.

Cecilio aponta que a integralidade do cuidado “tem que ser uma responsabilidade do sistema de saúde e não feita da batalha individual, muitas vezes desesperadas, de cada usuário individual” (CECILIO, 2006, 122), isso tem muita relação sobre a forma que ele pensa a movimentação dos usuários na rede, o que ele chama de agir leigo e que discutiremos mais a frente. Ele defende uma integralidade focalizada onde cada serviço deve estar atento, mesmo os serviços especializados, visto que a integralidade deve ser “o objetivo da rede”, a questão é que a integralidade depende de uma articulação complementar e dialética entre cada profissional de cada serviço (CECILIO, 2006).

Neste trabalho Cecilio reforça a ideia, que veremos mais à frente, de se pensar um sistema de saúde circular com múltiplas entradas e fluxos, onde as necessidades sejam o centro da organização.

Queremos destacar por último a compreensão de que as necessidades de saúde se apresentam e só podem ser captadas na sua dimensão individual, mas ela é construída e determinada social e historicamente.

Concluimos com essa leitura que os princípios da integralidade, equidade e universalidade são um conjunto, a primeira só é possível em uma rede e está precisa ser pensada

fora do modelo piramidal, que ao estabelecer hierarquias impossibilita uma comunicação real e dinâmica entre os serviços e por consequência, da integralidade. Por fim, a compreensão de que as necessidades se apresentam de diversas e variadas formas no cotidiano profissional e sempre tem relação com a taxonomia de Cecilio e Matsumoto e é preciso fazer uma escuta qualificada para que se a compreenda e assim fazer um trabalho que não se resume a uma resposta imediata, limitada a medicalização ou a exames, sem a reflexão e que faz com que o usuário continue retornando sempre com as mesmas queixas<sup>13</sup>, por essa razão também é fundamental que exista integralidade também entre as políticas públicas, visto que grande parte das necessidades expressadas no adoecimento são fruto das relações sociais e que serão políticas como a da assistência social, educação, habitação, saneamento básico, em conjunto com a saúde, que conseguiram dar alguma resposta a estas.

### 3.4 **Redes e o agir leigo**

Por fim a última temática que queremos abordar do Cecilio são as redes e o agir leigo, para isso vamos que aparecem em várias das suas obras, tais como os modelos technoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada, e o livro mapas do cuidado.

Cecilio não tem o objetivo de apresentar um modelo fechado e acabado de sistema de saúde, sua ideia é explorar novas alternativas que não percam de vista as necessidades de saúde dos usuários.

Ele aponta que no modelo piramidal defendido por muitos gestores e projetos, a atenção básica não tem conseguido ser a porta de entrada mais importante para o sistema, fazendo com que os prontos socorros continuem recebendo altas demandas de problemas que poderiam ser atendidos na AB e há uma grande dificuldade ao acesso aos serviços especializados, havendo muita demanda e pouca oferta e uma “clientela cativa” (CECILIO, 1997, 471), que não deixa o serviço e que poderia estar sendo tratada em outros espaços.

---

<sup>13</sup> Aqui sugerimos a leitura do texto cuidado, os modos de ser do humano e as práticas de saúde de Jose Ricardo Ayres, que mostra como uma escuta qualificada pode mudar completamente o processo de saúde. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nvGMcCJJmpSSRjsGLhH8fmh/?format=pdf&lang=pt>

O modelo piramidal na prática não funciona e os usuários, longe de serem deseducados não sabem onde devem ir, na verdade vão onde é mais fácil ou possível, o que é uma parte do que ele discute na sua obra mapas do cuidado.

A rede pensada com a exigência de referência para as consultas especializadas funciona como um dificultador do cuidado e a defesa de missões fechadas para cada nível de atenção é irreal, já que no cotidiano profissional e dos usuários essas missões não tem relação com a realidade vivida e por isso dificilmente serão cumpridas como estabelece a norma.

A principal discordância do Cecilio é sobre os argumentos de que o modelo piramidal é ótimo, só precisa ser realmente implementado, ao contrário, o que se precisa é pensar em novos fluxos redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, das suas necessidades, para construir um sistema humanizado e comprometido com a vida das pessoas (CECILIO, 1997, 474), por fim ele sugere o arredondamento da pirâmide.

A sua ideia central de modelo assistencial é um círculo, isso porque ele relativiza a noção de hierarquia dos serviços e dos fluxos verticais, o círculo daria uma ideia de movimento e romperia com a dureza radical da pirâmide, marcada pela hierarquia.

Na ideia de círculo existem várias portas de entrada, organizadas por protocolos, no caso das urgências e emergências seriam estabelecidos vínculos provisórios a fim de se estabelecer se as pessoas precisassem de atendimentos para além dali e seriam criadas equipes horizontalmente organizadas, a fim de diminuir o tempo das internações.

Já aos centros de saúde caberia a missão de reconhecer os mais vulneráveis na sua área de atenção e garantir o atendimento adequado a estes, atuando no território, atendendo grupos de riscos e articulando essas pessoas aos outros serviços que precisem, logo o centro de saúde funcionaria como UMA entrada e não A entrada.

Precisamos ressaltar aqui que na realidade da política a ideia do Cecilio prevaleceu, já que atualmente existem 4 portas de entrada na rede: a atenção básica, as emergências e urgências, os centros de atenção psicossocial (CAPs) e os serviços de demanda aberta.

Os centros de saúde têm muito pouco investimento e poderia até ser que com mais investimentos eles conseguissem cumprir a sua missão de porta de entrada, mas mesmo se fosse o caso Cecilio acredita que é preciso repensar fluxos fluidos para a assistência hospitalar e ambulatorial. Retomando o círculo, essa forma de organização retiraria o hospital do topo e o colocaria em uma relação horizontal com os outros espaços de saúde, já que para ele a divisão em complexidades é vazia, pois todo serviço é igualmente central ao usuário no momento em que ele precisa (CECILIO, 1997, 477).

O “modelo” circular que o autor apresenta pensa a AB também como central, já que ter acesso a ela, na maior parte das vezes, é mais fundamental do que um serviço hospitalar, por isso ela é topo do lugar da saúde. Logo repensa a mudança de pirâmide para círculo poderia ajudar a dar cabo a hegemonia do hospital no cuidado à saúde.

Mas é preciso lembrar que o círculo não pretende ser um “modelo assistencial”, o que ele propõe é uma organização que coloca as necessidades do usuário no centro e não as necessidades da gestão.

Para Cecilio a normatização dos modelos de redes, que são instituídos através de regras e normas previamente estabelecidas não funcionam, o que na realidade acontece são ações dos usuários e trabalhador que agem segundo seus saberes e experiências e que criam as redes nas suas mais diversas práticas e modelagens, ao invés de se ficar esperando que o dia em que AB vai finalmente cumprir o seu papel de coordenadora e resolutive, o que ele denomina a quimera da rede básica (CECILIO, 2006).

O que ele acredita é que a AB na sua atual organização tem funcionado como dispensadora de medicamentos, para a obtenção de guias e encaminhamentos ou para se conseguir documentos para o acesso à benefícios sociais, ou seja, para o usuário a AB tem funcionado como o lugar das coisas simples e subalternamente aos outros serviços de saúde, por ser o local que você vai para ser encaminhado a outro e em parte isso também tem relação com a forma pela qual os profissionais enxergam o serviço, reflexo de uma ideologia assistencial preventiva, presente no conceito de atenção primária, que pensa a AB, especificamente, o PSF, como lugar das ações de prevenção e não curativas (Cecilio et al; 2012,2899).

O profissional da AB acaba sendo o que garante o que os usuários desejam: o consumo de tecnologias, que é o que muitas vezes ele entende como cuidado em saúde e por mais que

julguemos que tais necessidades possam ser “distorcidas”, uma simples reprodução ideológica de “falsas necessidades” que a medicina tecnológica em parceria com o complexo médico-industrial vai produzindo sem cessar, o fato é que aquele usuário real, movendo-se na ordem de significados que vai sendo socialmente produzida, almeja conseguir tal consumo. E é a partir de tal julgamento que vai produzindo significados para a rede básica real, muito além de todos os modelos idealizados do seu funcionamento (Cecilio et al; 2012,2899)

O que se conclui é que AB não possui condições materiais de ser a coordenadora do cuidado, o centro das comunicações nas redes temáticas desejadas pelo Ministério da Saúde. E sugerem que a coordenação das redes tenham múltiplas configurações a partir das realidades loco regionais do SUS, portanto, as mais variadas formas de organização, participação e responsabilização da atenção básica devem ser experimentadas a partir dos seus contextos e

particularidades e fundamentadas na experiência dos usuários que a constroem e a usam desde a singularidade das suas necessidades e das ofertas reais feitas por ela e assim por consequência constroem as redes (Cecilio et al; 2012,2901).

Nesta perspectiva percebemos que a normatividade estática não permite a criação de uma rede de atenção à saúde que verdadeiramente útil às necessidades dos usuários, visto que ela é incapaz de perceber a particularidade dos seus sujeitos e das duas realidades, criando uma rede monolítica ao invés de ser dialética, como é a realidade e a vida dos usuários e a sociedade de modo de produção capitalista onde vivem e se reproduzem.

Uma das últimas obras que esse trabalho quer discutir é o livro *Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde* de 2014, que Cecilio organizou e escreveu em parceria com outros autores<sup>14</sup>

A primeira coisa que precisamos entender sobre esse livro é o que é leigo para os autores, longe de ser alguém sem ou com pouco conhecimento sobre determinado assunto, na verdade aqui significa um contraponto com o saber especializado, hegemônico dentro das organizações da saúde, mas não em oposição, mas como um contraste, é o saber daqueles que não pertencem ao grupo de especialistas da saúde, capazes de criar e mostrar conhecimentos ocultos para aqueles especialistas inseridos na máquina da saúde: “o saber leigo poderá produzir deslocamentos no pensamento que os especialistas tem produzido sobre o funcionamento dos sistemas de saúde” (CECILIO;CARAPINHEIRO;ANDREAZZA, 2014, 14). Os leigos, portanto, são aqueles externos ao conhecimento qualificado, mas detentor de um outro saber que movimenta e opera a saúde das formas mais variadas.

O foco da obra é que o cuidado em saúde é coproduzido pelo usuário, que fica longe de ocupar um papel apático no processo o que muitos os profissionais de saúde acreditam que acontece, na realidade os sujeitos criam caminhos e significados da “máquina de saúde, como usuário-fabricador” (CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, 15).

---

<sup>14</sup> Para começar eu quero fazer um pequeno comentário pessoal e individual, essa obra me foi sugerida no ano passado (2020) pelo meu orientador Ruben Mattos, depois de eu ter lido alguns trabalhos que pensavam a rede desde a perspectiva normativa, como a Lenir e o Odorico, com um pensamento de regionalização normativa e depois de muita dificuldade eu consegui ter acesso a este livro do Cecilio e a minha primeira leitura passou muito por cima e eu não achei nada muito diferente nesta obra e por isso não consegui entender o entusiasmo do Ruben e fiquei decepcionada comigo e com o autor, visto que eu já havia lido alguns dos seus trabalhos que tinham feito muito sentido para mim. Posteriormente eu precisei fazer uma releitura, também a partir do que o Ruben sempre dizia sobre a necessidade de se ler mais de uma vez os textos. Nessa releitura eu encontrei o que me mobilizou, o brilho nos olhos, que ele sempre disse ser fundamental para uma pesquisa acadêmica. Eu quis destacar isso porque muito me chama a atenção como os textos atuam nas nossas vidas de forma variada, dependendo do momento em que estamos, tanto pessoalmente, quanto acadêmica e profissionalmente. Mas, mais do que isso, a razão desse devaneio é a porque eu não tive a oportunidade de dizer ao Ruben exatamente como foi esse encontro então aqui, de certa forma, eu digo.

Movidos pela vida, as doenças e o sofrimento, os usuários produzem várias máquinas da saúde, levando a conclusão de que não existe um modelo único de saúde, mas diversos, compostos pelos agires não só dos usuários, mas também dos profissionais e até mesmo do governo.

A forma pela qual os usuários experimentam e produzem os sistemas de saúde foi um dos eixos centrais para a organização deste livro, ele se originou de uma pesquisa que entrevistou prefeitos, secretários municipais de saúde e conselheiros e, também enfermeiros, médicos, agentes comunitários e os usuários “leigos” de dois municípios. As entrevistas e relatos produzidos, embora sejam um instrumento individual, dão acesso a uma prática social” (CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, 30).

Reforçando que leigo se refere a um conhecimento válido produzido desde as experiências dos usuários na busca pelo cuidado, logo o conhecimento que não é “referenciado a nenhuma área do conhecimento científico ou profissional especializado” (CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, 43) e são essas experiências que constroem os sistemas de saúde público e também o privado.

A pesquisa apresenta quatro problemas preliminares: a quimera da atenção básica; o usuário-fabricador; a disjunção entre o tempo dos gestores, o tempo da equipe e o tempo dos usuários; e as múltiplas lógicas que regulam o acesso e o consumo dos serviços de saúde.

Os autores entendem por quimera um sonho que nunca se realiza completamente, ou seja, no contexto deste trabalho significa o sonho da AB alcançar o seu lugar de ser resolutive, próxima do usuário, produtora do cuidado integral, um serviço que seja capaz de esvaziar a demanda por atendimento especializados e reduzir os procedimentos e diagnósticos considerados desnecessários.

Alguns dos motivos que impedem a realização deste sonho são a defasagem entre a oferta de serviços e a demanda dos usuários, a percepção do profissional de que essa alta demanda dificulta a produção de um bom cuidado, gerando frustrações para a equipe que tem sua atuação alinhada com o projeto de qualidade do SUS, a impotência das equipes frente às expressões da questão social que aparecem durante a ação profissional também é frustrante para os trabalhadores.

A questão é que a AB tem sido insatisfatória tanto para os usuários, quanto para os profissionais, talvez porque falte uma compreensão do real movimento dos usuários e suas necessidades, que desafia e desmonta os modelos, ou seja, pensar um modelo normativo sem considerar as necessidades, as caminhadas e a construção dos usuários impossibilita a realização desse projeto. Para os profissionais AB também tem grande dificuldade de dar

respostas às mais diversas demandas, com poucos recursos e precisando se relacionar com os outros pontos da rede, que muitas vezes não está disposta a dialogar, essa dificuldade é chamada pelos autores de a “solidão da rede básica” (CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, 56).

A segunda questão é sobre a forma como o usuário é visto e como ele age, a tensão entre a noção do usuário como disciplinado, ou seja, que seja fabricado, se adequando a racionalidade do sistema de saúde, seguindo os fluxos corretos e tratem as suas questões de saúde nos lugares pré- estabelecidos, nessa perspectiva se considera a “confusão” que os indivíduos fazem como má informação que precisa ser enfrentada com a mais educação e controle (CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, 57).

Portanto, acreditasse que o usuário precisa seguir os circuitos estabelecidos e aquele que não o faz deve ser disciplinado e corrigido, ele precisa se submeter aos parâmetros da medicina preventiva. Mas, o que interessa aos nossos autores é a transgressão a essas regras, que por mais que se tentem enquadrar as pessoas em um sistema formal baseados nos preceitos da medicina preventiva, a todo momento elas quebram as regras, surgindo a figura do usuário fabricante, que inova a produção do cuidado e da regulação.

O terceiro problema apontado diz respeito às diferenças entre os tempos dos atores sociais, quando se trata do acesso aos serviços de saúde, o usuário sempre busca o acesso a partir das suas necessidades que se manifestam no adoecimento, desejando a agilidade e rapidez, por essa razão os profissionais muitas vezes o classificam como imediatista por querer furar ou contornar as barreiras de acesso.

Sobre a regulação os autores apontam que existem mais do que a regulação governamental, essa na verdade é um produto da ação de diversos indivíduos que produzem lógicas de regulação de acesso e que frequentemente escapam da formalidade estabelecida pelos sistemas de saúde.

Cada um desses aspectos vai ser explorado mais detalhadamente por nós a partir da análise do livro.

Retomando a questão da AB. é preciso atentar para a sua importância como espaço onde os “usuários consomem tudo que lhes é oferecido para o cuidado” (CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, 66), ela também é reconhecida como organizadora da rede, como porta de entrada e como lugar do primeiro contato com o cuidado à saúde, além de estar mais próxima das famílias e da comunidade.

Mas com a falência dos sistemas de saúde, o lugar que a AB foi colocada: de integradora do cuidado, resolvendo o problema da fragmentação e possibilitando a continuidade do cuidado,

nunca foi alcançado plenamente. Um dos motivos para essa incompletude de missão é a distância entre as normativas (PNAB) e a prática concreta realizada nas UBS dos municípios brasileiros. Ademais, os usuários esperam e percebem a ABS muito diferentemente do que ela tem sido pensada idealmente.

Os profissionais também têm um papel central na transformação da ABS em lugar central do cuidado, reconhecendo que são as suas ações de flexibilização do acesso baseada nas necessidades dos sujeitos que cria momentos de cuidado e vínculo, que tem mais relação com uma ética profissional do que com as regras de organização.

Os usuários também são centrais ao fazerem os serviços funcionarem para eles através de suas próprias lógicas, mas sabendo o que podem ou não esperar dela, percebendo quais são as suas limitações. O usuário reconhece o seu valor de uso, “mesmo que não seja o que as várias formulações de modelos assistenciais define que ela deva produzir” (CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, 76).

Cecilio e os outros autores apontam que uma das grandes questões da AB para os usuários é a percepção da sua incapacidade de produzir uma articulação com os outros níveis de de serviço, eles percebem que os profissionais não conseguem garantir o que eles mais almejam: o consumo de tecnologias no tempo em que eles desejam para se sentirem cuidado. Essa necessidade alcançar outros lugares da atenção, como já foi dito, pode até ser resultado da relação com o complexo médico-industrial, mas a questão é que o desejo de serem atendidos por ela cria significados reais na rede básica.

Mas, apesar de todos esses problemas, a pesquisa do livro conclui que os usuários reconhecem a importância da AB, assim como as suas limitações e apresentam duas propostas: a primeira é a que a coordenação das redes deve ter configurações diversas, construídas a partir dos diferentes contextos sociais e locais regionais do SUS; a segunda proposição é permitir às equipes locais a possibilidade de marcar consultas e criar mecanismos formais e regulares de comunicação entre os médicos da ABS com as outras centrais de regulação, garantindo a sua legitimidade frente os usuários.

Mas é preciso ressaltar que a partir do que o sujeito encontra nas redes básicas ele faz os mais variados usos e na realidade ele vai produzindo o seu acesso e cuidado a depender do que ele encontra.

Sobre a regulação precisamos entender que ela é um espaço de disputas e conflitos e ela vai muito além do ordenamento burocrático, ela possui várias lógicas a depender dos sujeitos e pensar a regulação governamental como o único regulador é limitado, já que a regulação é “um

processo permanentemente instituinte e, por isso mesmo, palco de mudanças” (CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, 90).

Segundo Cecilio et al existem 4 formas de regulação: o governamental; o profissional; o clientelístico; o leigo, ou seja, existem quatro formas “de agires que resultam em regulações que podem ser vistas como a expressão da vida social de regimes de regulação” (CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, 93). O que move cada uma delas varia, mas no caso dos usuários, o seu agir leigo é criado a partir da dor, do adoecimento, do sofrimento, ou seja, das suas necessidades de saúde no seu contexto mais amplo como já apontado anteriormente pela taxonomia.

Estas formas de regulação não existem isoladas uma das outras, elas se tangenciam e se cruzam sempre criando fluxos, transformando o tempo e diminuindo circuitos (CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, 106)

Os profissionais de saúde, especialmente os médicos, criam regulações através dos seus contatos com outros profissionais.

O foco do livro e o nosso é o agir leigo, que se caracteriza pela regulação produzida pelos usuários, ela é complexa e composta não só por um indivíduo, mas pela sua família, amigos, vizinhos e outros usuários com quem troca informações e sua ação é fruto das suas necessidades.

O usuário leigo, atua e acessa o cuidado através de estratégias relacionais e cognitivas, ele vai fabricando o seu caminho dentro do pesado campo da racionalidade médico-governamental, produzindo um "cuidado por invasão". O tempo das suas necessidades impõem a sua ação, dobrando as normas. O sujeito vai usando todos os recursos que alcança e as relações que constrói, para além da saúde, usando instrumentos e instituições da educação, da assistência social, do direito, todo espaço em que ele encontra uma possibilidade ele invade. Resumido por um usuário da pesquisa como: “se tiver uma brecha, eu entro ali, e deixo aquela brecha bem largona para todo mundo vir atrás comigo” (CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014,133).

Os sujeitos não só traçam os seus caminhos, mas guiam outros por eles, criando um verdadeiro mapa solidário, desenhado coletivamente. O mapa criado é o instrumento da operação do agir leigo.

O usuário conecta os seus pontos usando as referências encontrados, a partir das suas necessidade e do seu tempo, que é diferente do governo e dos profissionais, ele cria uma lógica que muitas vezes parece para os trabalhadores da saúde como ilógica, especialmente, quando estes consideram o ordenamento clássico das hierarquias piramidais e o modelo atual de

organização da rede, nessa lógica não há espaço para a valorização dos mapas construídos pelos indivíduos como estratégia da cogestão do seu cuidado. Esse mapa interliga o setor público e o privado, que na norma governamental não possui mecanismos formais de conexão, criando um mix público privado fundamental para atender os usuários.

Os profissionais precisam participar ativamente destes mapas e aceitar que os sujeitos sempre irão sobrepor as normas estabelecidas, incluindo serviços privados, quando possível, e recorrendo a outras políticas sociais, isso porque o tempo da dor e da doença é para ontem, quando há sofrimento ninguém está disposto a esperar os ordenamentos formais que desconsideram que a vida tem outro tempo. Também temo que considerar que há uma grande defasagem entre a oferta de serviços e a demanda e é desse fenômeno que surge a regulação leiga: para se criar uma ampliação do acesso aos recursos e serviços.

O que os usuários fazem é reinterpretar o que é preconizado pela regulação formal dentro das redes hierarquizadas e esse processo envolve os serviços públicos e privados, em uma nova organização.

Segundo Cecilio et al, os usuários buscam os serviços privados na tentativa de construir uma integralidade do cuidado, uma forma de concretização de um cuidado, que muitas vezes é limitado pela dificuldade da AB em ser a coordenadora e de garantir o acesso aos outros locais de serviços de saúde.

O trânsito entre público e privado ocorre de duas formas:

- 1) do público para o privado, que parece ocorrer em razão da dificuldade de acesso e agendamento de consultas, exames e internação, sobretudo na média complexidade; e
- 2) do privado para o público, o que geralmente se dá em situações de perda de convênio por aposentadoria, por dificuldade financeira para manutenção do plano (geralmente na faixa etária dos idosos, em que os planos tendem a ser mais caros), por perda do emprego ao qual o plano era vinculado e, eventualmente, por doenças de alta complexidade ou procedimentos para os quais os planos não oferecem cobertura (por exemplo, em casos de hemodiálise, transplante tratamento oncológico) (CECILIO; CARAPINHEIRO; ANDREAZZA, 2014, 166).

Os usuários quando podem fazem uso de planos privados para garantir o acesso às especialidades, já que a alta complexidade, em geral, é atribuição do SUS, devido principalmente do seu alto custo. Os sujeitos buscam o serviço privado não por sua superioridade de competência dos profissionais, mas sim por buscar uma condição de atendimento considerada digna por eles, como a possibilidade de uma enfermaria para poucas pessoas. Já o fluxo do privado para o público ocorre muitas vezes pela perda do plano de saúde. O que acontece é uma composição sobreposta de usos, derivados das experiências e necessidades individuais.

A pesquisa de Cecilio et al concluiu que as pessoas reconhecem o SUS como satisfatório, mas consideram a sobreposição dos dois subsistemas, que são compostos de maneiras diversas, sem padrões rígidos e sem linearidade. Os usuários que fazem uso exclusivo do SUS sonham idealmente com os planos privados acreditando que essa seja a solução para as suas necessidades, enquanto pessoas que nunca usaram o atendimento direto do SUS, ao fazê-lo muitas vezes se surpreendem positivamente com a experiência e o SUS passa a funcionar como um complementar do plano (2014, 172).

A grande questão é enfrentar a barreira inicial do SUS, que é a dificuldade de se conseguir acessar as especialidades e a alta complexidade, que é o que a maior parte das pessoas busca. Ao chegarem nestes espaços os usuários encontram um SUS mais caro, mais conectado e concentrado (CECILIO;CARAPINHEIRO;ANDREAZZA, 2014,194), ou seja, é onde ele vai se sentir mais integrado e mais acolhido e por essa razão depois que o usuário acessa esse espaço ele costuma ficar e não retornar mais para AB. Aqui aproveitamos para responder uma inquietação que esta encontrou no seu campo de estágio em hospital de alta complexidade de traumatologia e ortopedia, onde os usuários de fora de do Estado sempre retornavam para procedimentos que poderiam ser solucionados pela AB, mas nessa instituição eles se sentiam acolhidos e construiu vínculos com a equipe, o que ajuda a explicar o motivo deste contínuo retorno, mas isto também se soma a falta de comunicação que parecia existir entre esta instituição e as de outros níveis, fortalecida por uma desconfiança dos médicos em relação aos seus colegas que atuam em outros pontos da rede.

Por fim, é preciso que a gestão perceba e reconheça esse mix público-privado que os usuários usam para construir o seu mapa do cuidado e a considere como uma dimensão da regulação.

O que concluímos a partir dessa apresentação e a centralidade do agir leigo na produção do cuidado, é o usuário que constrói as suas escolhas, portanto pensar um sistema de saúde único e fechado, sem considerar os indivíduos é um processo provavelmente fadado ao fracasso, já que são os sujeitos que constroem e reconstróem os diversos sistemas de saúde, todos a partir das suas necessidades sobrepondo caminhos formais. Logo, o sistema de saúde precisa se moldar ao usuário e não o contrário, ele deve ser crítico e reflexivo (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA,2009), pensando na realidade dos sujeitos, para nós discutir modelos assistenciais de cuidado sem envolver os usuários é inútil.

Um último comentário que queremos fazer baseado no artigo Oliveira em parceria com Cecilio: Processos micro regulatórios em uma unidade básica de saúde e a promoção do cuidado é que a forma pela qual os profissionais da atenção básica a enxergam vai determinar o seu grau

de envolvimento da equipe e na sua disponibilidade para acolher as demandas que aparecem, àqueles que a percebem como política para pobre ou lugar de coisas simples costumam ter um baixo grau de envolvimento e muitas vezes não vai participar desse processo de regulação profissional.

A partir dessa reconstrução podemos concluir que o trabalho do Cecilio sempre foi perpassado por uma preocupação grande do lugar do usuário no planejamento em saúde, para ele é preciso colocas as necessidades destes sempre em primeiro lugar quando se pensa qualquer política ou algum modelo de assistência à saúde.

## CONCLUSÃO

Neste trabalho tentamos fazer uma análise da bibliografia dos autores Eugênio Vilaça Mendes e Luiz Cecilio, buscando compreender qual o tipo de redes que ambos defendem e como eles chegaram até elas, entendendo quais são os conceitos centrais para o pensamento de cada um deles.

É importante ressaltar que ambos têm um papel fundamental para o SUS, tendo participado de momentos e projetos fundamentais para a criação e, implementação e consolidação do sistema. Mendes como consultor de secretarias de saúde de estados e municípios, mas também de organismos internacionais e do CONASS. Cecilio na atuação dentro do LAPA, um laboratório que buscava prestar consultorias a gestão da saúde com projetos da defesa da vida, através da melhoria do sistema e também pela sua visão como usuário do sistema, através do seu tratamento do HIV.

Aproveitamos essa seção para tecer alguns comentários sobre o que foi apresentado durante o trabalho.

O primeiro ponto a ser apontado no trabalho de Mendes é algo que já comentamos anteriormente, a sua forma normativa de pensar, a sua produção sempre partiu de uma pré ideia do ideal, para pôr fim a fragmentação do cuidado, problema que sempre aparece centralizado no seu pensamento, o fato é que a sua produção sempre parece ser a partir do que deveria ser a política idealmente, deixando de considerar a realidade dos sujeitos, em um processo que sempre parte de cima para baixo.

Claro que a política, a norma, são fundamentais para garantir direitos, nesse caso o de acesso à saúde, mas ela não pode ser pensada isoladamente das relações sociais.

Assistindo as suas falas em palestras e congressos ele admite que quem constrói as redes são os sujeitos e suas relações, mas na sua produção isso não aparece muito claramente.

Para ele, a fragmentação dos sistemas de saúde é causada pelo processo de transição tecnológica, populacional e epidemiológica. A primeira diz respeito do aumento das tecnologias médicas, o que tem significado uma dificuldade da capacidade de aplicá-las racionalmente, a segunda é sobre o aumento do número de idosos e a terceira fala sobre o aumento das condições crônicas de saúde, gerando um tríplice carga de doenças, como já dito. Na nossa opinião estes problemas são centrais sim, mas pensados somente a partir da perspectiva da epidemiologia, fica limitado, desconsiderando a forma pela qual se dá esse processo, sem se pensar qual a razão pela qual há um aumento das tecnologias, fica parecendo que é um processo natural da

sociedade, quando ele é reflexo de uma relação de produção capitalista, que se constitui da criação constante de mercadorias para alimentar o seu funcionamento, logo não esse aumento não é por acaso e serve um propósito.

Sobre o número de idosos que cresce acreditamos que é preciso se refletir como tem se dado esse processo de envelhecimento da população e para além disso, pensar quem envelhece, já que na nossa sociedade esse processo está marcado por questões de gênero e raça, conseqüentemente isso influencia em quais serão as doenças crônicas que serão mais preponderantes, mas essas doenças também terão relações com a relações dos sujeitos. Entender que há um aumento das doenças crônicas, sem entender a razão desse aumento significa muito pouco avanço, se segure atendendo o problema na sua demanda imediata, desconsiderando as suas razões, portanto sem reais avanços.

A prevenção, que é cara à rede de ambos os autores, tem muito mais sentido pensada dentro das relações de produção social, que se limitada a ações pontuais de saúde, como outubro rosa, e em educação em saúde.

Mendes coloca dá centralidade a APS, dando a ela a responsabilidade de conhecer profundamente a sua população, mas sem apontar a forma como se dá esse conhecimento, na sociedade brasileira isso significa estar disposto a reconhecer as especificidades locais, mas também a nossa formação social, marcada pelo racismo estrutural e o machismo.

O seu discurso em certo ponto de sua obra parece ter sido capturado pelo vocabulário neoliberal, ao apontar a necessidade de um modelo que possa responder às situações de saúde como efetividade, eficiência, segurança e no tempo certo, o que nos faz questionar como se quantifica esses pontos quando se trata da saúde das pessoas, é quando o usuário consegue ser atendido ou quando ele alcança cuidado em saúde com vínculo, ou quando ele é atendido com o menor custo para o sistema. No momento em que vivemos atualmente, em que estamos presenciando talvez um dos maiores escândalos de saúde, esses aspectos podem ser pontos que justificam a precarização do atendimento levando pessoas a óbito.

As suas redes poliárquicas nos parece, ao final, que ao (re)colocarem a APS como coordenadora do cuidado e responsável pelo maior número de atendimentos, mantém a noção piramidal, onde ela segue sendo a base do sistema. Outro aspecto da rede é a sua preocupação em interligar a saúde com outras políticas, como assistência, o que demonstra um reconhecimento de que a saúde se realiza não só nas instituições de saúde.

O último comentário sobre Mendes é para ressaltar que o seu percurso intelectual esteve sempre marcado pela preocupação com a integração da saúde, a fragmentação sempre foi uma das suas grandes inquietações.

Sobre o Cecilio, o primeiro ponto que precisamos destacar é o seu duplo papel como pensador sobre as redes, mas também como usuário através do seu tratamento de HIV, que ele conta no livro o corpo recusado, onde ele expõe a sua trajetória pessoal de homem gay HIV positivo, como um usuário que percorre os pontos da rede em busca de cuidado, nesta obra em momento algum ele fala do seu lugar de pesquisador, só de mais um sujeito que participa da rede, a tecendo e caminhando por ela, fazendo o seu sistema de saúde, a partir de uma mescla público privado.

Esse lugar certamente influenciou e influenciou a sua trajetória como pensador, para além disso a sua participação no LAPA, que centrou sua atuação em consultorias que buscavam colocar o cuidado do usuário no centro, através da melhoria dos serviços. Além disso, a sua forma de pensar o planejamento de suas ações parece estar fortemente embebido por essas experiências.

Cecilio propõe uma rede circular, onde o usuário pode entrar por qualquer ponto e desde aí seguir sendo referenciado a qualquer outro ponto de atenção à saúde, para nós essa forma de organização tem um potencial muito grande em garantir o acesso à saúde, possibilitando o usuário encontrar cuidado de saúde em qualquer lugar visto que nos parece que a entrada ao ser exclusiva atenção básica, baseada pela lógica territorial gera muito mais uma barreira do que acesso. Ademais, se o princípio é a universalidade não podem existir critérios para o atendimento, ela precisa ser para todos, independentemente de qualquer coisa, caso contrário o seu direito de cidadão ao acesso à saúde só se aplica em território específico, logo não há cidadania.

A questão do território é muito complexa, como já abordamos no primeiro capítulo deste trabalho, mas pensamos aqui que território não pode ser simplificado a divisão geográfica, ele precisa considerar a vida e o cotidiano dos sujeitos.

Os usuários buscam o local do seu atendimento baseado na acessibilidade e resolutividade, ou seja, no local onde ele consegue entrar e resolver as suas questões impressionadas no processo saúde- doença.

As necessidades de saúde elencadas por Cecilio são fundamentais para entender o adoecimento para além da simples ausência de saúde, tem a ver com a compreensão de que as doenças têm relação com a forma pela qual os sujeitos vivem. Mas, acreditamos que por fim ele acaba resumindo-as em uma taxonomia, as simplificando, deixando de problematizar o que o conceito significa, mas em contrapartida ele também tem a compreensão de que elas são determinadas social e historicamente, embora se apresentem individualmente, mostrando uma compreensão de que as doenças não se resumem a fatores epidemiológicos, mas também

ocorrem a partir das relações sociais, no nosso caso, da reprodução da sociedade capitalista, marcada pela exploração do trabalho.

No entanto, achamos que ao pensar a rede circular e o agir leigo ele volta a resumir as necessidades as suas expressões imediatas do adoecimento, visto que ele pensa esse processo simplificado nas instituições de saúde, lhe falta uma maior integração da saúde com outras políticas sociais.

Destacamos também que embora a atenção básica não seja apontada por ele como a porta de entrada, ela ainda ocupa um lugar fundamental no seu pensamento, entendendo que ela tem grande potencial para construir relações com a sociedade, que garantam o acesso e a criação de vínculos.

Retomando o agir leigo, é preciso levantar uma questão, que é: até que ponto essa prática não representa o limite da vida, no sentido de que o usuário precisa a todo o tempo estar lutando, correndo e traçando a sua rede? Até que ponto isso essa traçado dos mapas de cuidado é bom, porque me parece que uma rede que realmente considerasse os usuários e suas necessidades não levaria os sujeitos a esse processo individual de busca de cuidado, que garante muitas vezes cuidado para alguns, enquanto exclui outros, em um processo que depende muito mais de aspectos individuais e não garante a universalidade do acesso.

Mas também ressaltamos que o reconhecimento dos usuários como sujeitos do processo, é central para que se pense uma rede ou redes que sejam cada vez mais garantidoras do cuidado e para um sistema único que seja realmente baseado na universalidade, integralidade e equidade, porém reforçamos que é sempre preciso considera os sujeitos não na sua individualidade e sim dentro do processo histórico em que estão inseridos.

A partir do exposto concluímos que embora as propostas dos dois autores tenham suas relevâncias, ambas ainda estão distantes de dar uma resposta real ao problema da integralidade do cuidado, se é que existe uma resposta única e simplificada, mas ambas significam que o debate segue avançado o que ao fim e ao cabo afeta diretamente a vida dos usuários, para o bem ou para o mal.

O último ponto que queremos falar é sobre o momento em que este trabalho foi elaborado, durante a pandemia mundial de coronavírus, um momento em que muitas pessoas realizaram a sua entrada no sistema muito mais pelas urgências e emergências, mas que ao se recuperarem dos agravos da doença muitas precisaram de outros cuidados, considerados da atenção básica, mostrando mais do que nunca a importância da integralidade do cuidado e reforçando a importância que esse tema ainda ocupa dentro da saúde coletiva.

## REFERÊNCIAS

AGUILERA CAMPOS, Carlos Eduardo As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* [online]. 2007, 14(3), 877-906. Disponível em: As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária (scielo.br). Acesso 17 de abril de 2021.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de; VIEIRA, Carlos Alberto Lisboa (orgs). *Distritos Sanitários: Concepção e Organização*, volume 1, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania)

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de Andrade; SANTOS, Lenir. Rede interfederativa de saúde. IN: SILVA, SF, (org). *Redes de Atenção à Saúde no SUS*. Campinas: Idisa/Conasems; 2008.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de Andrade; SANTOS, Lenir. Rede interfederativa de saúde. IN: SILVA, SF, (org). *Redes de Atenção à Saúde no SUS*. Campinas: Idisa/Conasems; 2008.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito saúde. IN: MATTA, Gustavo C; MOURA, Ana L. (Orgs). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde*. Pontes. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

BLOC, Marc. *Apologia a história ou o ofício do historiador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2001.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988*. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. - Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.95, de 26 jan.2001. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde- NOAS- SUS 01/01. Diário Oficial da União, 26 jan. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova, nos termos do texto a esta portaria, a NOB1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral a saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema. Diário Oficial da União, 6 de novembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010. Disponível em: Ministério da Saúde (saude.gov.br). Acesso em 30 de abril de 2020.

BRASIL. Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial de União* 2006.

Brasil. Portaria n° 396, de 4 de março de 2011. Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais. [internet]. Diário Oficial da União. 4 Mar 2011.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n° 7.508, de 28 de junho de 2011a. 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Presidência da República. LEI 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dezembro 1990b.

BRASIL. Presidência da República. Lei Orgânica da Saúde- Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990a.

CAMPOS, Rosana Onocko. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(3):723-731, jul-set, 2000.

CECILIO, LCO; CARAPINHEIRO, G; ANDREAZZA, R (Orgs). Os mapas do cuidado: o agir leigo na saúde. 1ª ed. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2014.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira (org) inventando a mudança na saúde. São Paulo: HUCITEC, 1994.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2012, v. 17, n. 11 pp. 2893-2902. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/Mh6Tmq6MKRwydtwmJKyhh6x/?lang=pt&format=pdf>  
Acessado 8 outubro 2021.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2014, v. 30, n. 7, pp. 1502-1514. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/jf7jhTDzYsQtNcbt6sTTLhf/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 8 de outubro de 2021.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. IN: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde / Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Construindo novas relações com os médicos: o delicado exercício da negociação. IN: PIMENTA, Aparecida Linhares (org). Saúde e humanização: a experiência de Chapecó. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Indicadores de avaliação de desempenho: um instrumento estratégico para a administração gerencial dos hospitais públicos. IN: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 1997, v. 13, n. 3, pp. 469-478. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csp/a/H7gNXf5dwPpZV4jQ5NGN3cD/?format=pdf&lang=pt> .  
Acesso em 8 de outubro de 2021.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O corpo recusado. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2020.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. IN: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. IN: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; LIMA, Haydée de Jesus. Necessidades de saúde das pessoas como eixo para integração e a humanização do atendimento na rede básica. PIMENTA, Aparecida Linhares (org). Saúde e humanização: a experiência de Chapecó. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MATSUMOTO, Norma Fumie. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. IN: PINHEIRO, R; FERLA, A A; MATTOS (orgs), R A de. Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde / Rio de Janeiro: EdUCS: IMS/UERJ: CEPESQ, 2006.

CORDEIRO, Hésio. Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.

COSTA, Helio Dias da et al. Evidências sociais, políticas e econômicas do surgimento do direito universal à saúde na URSS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v. 30, n. 02, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300230> Acesso: 25 de abril de 2021.

ESCOREL, Sarah. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. IN: GIOVANELLA, Lígia (org). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

ESCOREL, Sarah; BLOCH, Renata A. As conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 59-82.

FARIA, Rivaldo Mauro de; BORTOLOZZI, Arlêude. Revista GEOGRAFIA, Rio Claro, v. 37, n. 3, p. 431-444, set./dez. 2012. Disponível em: A TERRITORIALIZAÇÃO COMO PROPOSTA PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS): ANÁLISE DE UMA PRÁTICA GEOGRÁFICA DA SAÚDE | GEOGRAFIA (unesp.br) Acesso em 23 de março de 2021.

FARIA, Rivaldo Mauro; BORTOLOZZI, Arleude. Território e saúde na geografia de Milton Santos: teoria e método para o planejamento territorial do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Revista Ra'e Ga – Curitiba*, v. 38, p.291 - 320 , Dez/2016.

FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge. A Universalização excludente: reflexões sobre a tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*. N. 3. Junho de 1990. Disponível em: [http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7358/1/ppp\\_3\\_Universalizacao.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7358/1/ppp_3_Universalizacao.pdf) Acesso em 20 de agosto de 2021.

FONSECA, Cristina M Oliveira. Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. Saúde Pública no Governo Vargas In: Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. In: FIDELIS, Carlos; FALLEIROS, Ialê (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010, 138-147.

FREITAS, Márcia Araújo Sabino de; ARAÚJO, Maria Rizoneide Negreiros de. As Redes de Atenção à Saúde nos 30 anos do Sistema Único de Saúde: histórias, propostas e desafio. IN: Revista Brasileira de Políticas Públicas. Dossiê especial: políticas públicas e o direito á saúde no Brasil. Volume 8, nº 3, Dez 2018.ISSN: 22361677. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/5739>. Acesso em 6 de agosto de 2021.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. Conferência Nacional de Saúde, 3ª, 1963. Anais... Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992. Disponível em: 0001.pdf (saude.gov.br). Acesso em 21 de abril de 2021.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educ. rev.**, Curitiba , n. 25, p. 127-141, Junho 2005 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104). Acesso em 20 de março de 2021.

KUSCHINIR, Rosana et al. Gestão dos sistemas e serviços de saúde– 3. ed. rev. atual. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2014.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2307- 2316, Aug. 2010. [.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=en&nrm=iso). Acesso 30 de março de 2021.

LIMA, Luciana Dias; MACHADO, Cristiani Vieira; ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; IOZZI, Fabíola Lana. Regionalização da Saúde no Brasil. IN: GIOVANELLA, Lígia (org). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina M.O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 27-58.

MATTOS, Ruben Araújo. O processo de construção conceitual do método CENDES/ OPS. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1993.Séries Estudos em Saúde Coletiva; nº46.

MELLO, Guilherme Arantes; IBANEZ, Nelson; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no Estado de São Paulo. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 853-866, Dec. 2011 . Disponível em <http://>

[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400004&lng=en&nrm=iso). Acesso em 23 de abril de 2021.

MELLO, Guilherme Arantes; IBANEZ, Nelson; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no Estado de São Paulo. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 853-866, Dec. 2011 .Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400004&lng=en&nrm=iso) Acesso em 17 de abril de 2021.

MELLO, Guilherme Arantes; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. Uma história de conceitos na saúde pública: integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 4, p. 1219-1239, dez. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702012000400007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702012000400007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 de março de 2021.

MENDES, E. V. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 2.ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MENDES, E. V. Reordenamento do Sistema Nacional de Saúde: visão geral. Anais da VIII CNS. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção á saúde. Ciência e saúde coletiva, v.15,n 5, p.2297-2305, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. Os desafios do SUS. Brasília-DF, CONASS, 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. Os grandes dilemas do SUS: Tomo II. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Editora HUCITEC, 1996.

MENESES, Consuelo Sampaio et al. O agir leigo e a produção de mapas de cuidado mistos público-privados. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 6 [Acessado 8 outubro 2021], pp. 2013-2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wpwcGjcNFm3KC9G7KTtTW7z/?format=pdf&lang=pt>

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves; COSTA, Luciana Assis; MACHADO, José Ângelo. Pacto pela saúde: aproximações e colisões na arena federativa. *Ciência & Saúde Coletiva*

[online]. 2018, v. 23, n. 1, pp. 29-40. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/nBxQX8FRrFjTs6jb7YSVW6d/?format=pdf&lang=pt>

MERHY, Emerson Elias, et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Articulação Interfederativa Coordenação-Geral de Contratualização Interfederativa. O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde. Brasília, DF, 2014. Disponível em: O Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP ([saude.gov.br](http://saude.gov.br)). Acesso em 27 de abril de 2021.

NETTO, José Paulo. Introdução ao estudo do método de Marx. 1ª ed.- São Paulo: Expressão Popular, 2001, 64p.

NORONHA, José Carvalho; Lima, Luciana Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde- SUS. IN: GIOVANELLA, Lígia (org). Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

OLIVEIRA, Lissandra Andion de et al. Processos micro regulatórios em uma Unidade Básica de Saúde e a produção do cuidado. Saúde em Debate [online]. 2016, v. 40, n. 109, pp. 8-21. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gLzfWgC8tBxgQnF9ZHVN9kB/?lang=pt&format=pdf>  
Acessado 8 outubro 2021.

OLIVEIRA, Lúcio Henrique de; MATTOS, Ruben Araújo de; SOUZA, Auta Iselina Stephan de Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2009, v. 14, n. pp. 1929-1938. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/ptjrQLDPGSjcb3ffsHXLjx/?format=pdf&lang=pt> Acessado 8 outubro 2021.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. São Luís, 2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hojas para su implementación em las Americas. Washington, DC: Opas, 2010.

PAIM, Jairnilson Silva. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-183, June 1986. Disponível em: Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás ([scielo.br](http://scielo.br)). Acesso em 19 de outubro de 2020.

PANDOLFI, Dulce Chaves. Os anos 1930: as incertezas do regime. IN: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucilia de Almeida Neves (orgs) O Brasil Republicano: o tempo do nacional-estatismo, do início da década de 1930 ao apogeu do Estado Novo. 4ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

SILVA JR, Aluisio Gomes da. Modelos tecnoassistenciais em saúde: O Debate no Campo da Saúde Coletiva. HUCITEC, 1997.

SOUZA, Naiara Prato Cardoso de. A 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963): antecedentes para um Sistema Nacional de Saúde Público e Descentralizado. 2014. 160 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2014.

SOUZA, Rândson Soares de. Planejamento da atenção primária em saúde de Fortaleza: constituição, (des)continuidades e resultados. Tese de doutorado. Universidade Estadual do Ceará, centro de ciências em saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Abaiara, 2016.

TEIXEIRA, Carmem Fontes (org). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências). - Salvador: EDUFBA, 2010.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Produção científica na área de política, planejamento e gestão em saúde 1975 - 2010: temas e teorias. IN: BAPTISTA, TWF; AZEVEDO, CS; MACHADO, CV, (organizadores). Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde - Abordagens e Métodos de Pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.

UGÁ, Maria A D.; MARQUES, Rosa M. O financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In:LIMA, Nísia Trindade; GERSCHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ, Julio Manuel (Org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 193- 234.

VIEIRA DA SILVA, Ligia Maria. O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária. Salvador: Rio de Janeiro: EDUFBA; Editora Fiocruz, 2018.