

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SEVERINO AZEVEDO DE OLIVEIRA JÚNIOR

PLANIFICAÇÃO DA REDE TEMÁTICA DE ATENÇÃO NA
6ª REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO NORTE:
análise sobre a ótica dos facilitadores institucionais e gestores municipais

BRASÍLIA
2014

SEVERINO AZEVEDO DE OLIVEIRA JÚNIOR

PLANIFICAÇÃO DA REDE TEMÁTICA DE ATENÇÃO NA
6ª REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO NORTE:
análise sobre a ótica dos facilitadores institucionais e gestores municipais

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira

BRASÍLIA
2014

SEVERINO AZEVEDO DE OLIVEIRA JÚNIOR

PLANIFICAÇÃO DA REDE TEMÁTICA DE ATENÇÃO NA
6ª REGIÃO DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO NORTE:
análise sobre a ótica dos facilitadores institucionais e gestores municipais

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília

Dissertação aprovada, em 31 de julho de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira
Universidade de Brasília - UNB

Prof^ª. Dr^ª. Ana Tânia Lopes Sampaio
Universidade Federal Do Rio Grande Do Norte - UFRN

Prof^ª. Dr^ª. Helena Eri Shimizu
Universidade de Brasília - UNB

Prof^ª. Dr^ª. Ximena Pamela Diaz Bermudez (Suplente)
Universidade de Brasília - UNB

BRASÍLIA
JULHO/2014

Carinhosamente aos Meus Pais, que me acompanharam nessa viagem, sempre com suas mãos perto da minha, nas primeiras letrinhas, na escrita das primeiras palavras... Em especial ao meu Pai (in memoriam) que faleceu durante esta caminhada e agora, mesmo com sua ausência, possui grande influência em minha vida, principalmente pelos ensinamentos que a mim foram deixados e que me direcionarão por todos os dias de minha vida.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por sempre me conceder sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar, força para não desistir e proteção para me amparar.

Aos meus filhos, **Felipe** e **Marcella**, pelo amor, apoio, confiança e motivação incondicional. Que sempre me impulsiona em direção às vitórias dos meus desafios.

Ao meu amigo **Edimar Pereira**, pela força, carinho, companherismo, e acima de tudo o incentivo que me serviu como combustível para seguir sempre em frente e chegar até aqui.

Aos meus **Irmãos (Cacau, Maria Alice, Nicolau e Simone)**, por fazerem parte da minha história.

A **Katiucia Roseli** pelo zelo e dedicação a este trabalho e à minha pessoa, além da amizade e apoio principalmente nas horas mais difíceis.

Ao **CONASS**, em especial a **Rita Cataneli, Maria José, Jurandi Frutuoso, Zélia Lins, Marta Barreto e Sônia Souza** por acreditarem em mim e contribuírem com meu crescimento profissional, me apoiando e me incentivando durante todo esse processo.

Aos Secretários de Saúde **Luiz Roberto** e **Marcelo Bessa**, pela confiança e oportunidade a mim concedidos durante essa árdua caminhada, sempre me propocionando caminhos para a ampliação de conhecimentos.

Aos Professores da UNB, especialmente à **Ana Valéria, Fátima Souza e Helena Shimizu**, pela dedicação, exemplo e por terem compartilhado comigo dos seus potenciais intelectuais.

Aos amigos do Mestrado, em espeical ao **Jorge, Manuely, Janaina, Alessandro, Isabel, Gizele, Maria e Aline**, por terem compartilhado comigo tantos momentos de aprendizado, angústias e especialmente vitórias e sonhos realizados.

Aos **Colegas da SESAP**, em especial à Terezinha Rêgo e Conceição Solano, pela amizade e apoio diante as minhas ausências principalmente nas reuniões, contribuindo com o andamento do serviço e realização deste projeto.

Aos **Colegas da CPS**, em especial à Iraci Nestor, Ivana Maria, Stella Leal, Aparecida Cunha e Jonys Cassyo, que de forma compreensiva entenderam minha ausência, apoiaram-me e motivaram para a conquista desse ideal.

Aos **Técnicos, Facilitadores e Gestores** da **6ª Região de Saúde** o meu sincero agradecimento, pois vocês de forma calorosa, abraçaram a causa deste trabalho e foram instrumento essencial para que ele se mantivesse vivo.

A **Fabiana de Carvalho**, pela atenção, dedicação e disponibilidade, sempre me ajudando diante dos trâmites por mim enfrentados em relação ao curso.

Ao **Professor Gustavo Nunes** pela sua irreverência intelectual, pelas ideias arrojadas, pelos seus argumentos de razão, pelas alternativas de mudança que me fizeram acreditar cada vez mais nas possibilidades desse sonho ser realizado.

Nós não somos o que gostaríamos de ser.

Nós não somos o que ainda iremos

Mas, graças a Deus,

Não somos mais quem nós éramos.

Martin Luther King

RESUMO

Apesar dos avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde nos últimos anos, ainda é evidente a dificuldade em superar a fragmentação das ações e de qualificar a gestão para o cuidado integral. São várias as iniciativas para a construção de consensos em torno do tema. Entre elas, destaca-se a discussão sobre modelo de atenção, processo de planificação, organização dos serviços em desenhos de rede tendo a atenção primária como ordenadora do cuidado. A Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, realizou experiência piloto na 6ª região de saúde do estado, ministrando Oficinas de Planificação da Atenção Primária para estruturação de Redes de Atenção à Saúde. O presente estudo teve como objetivo avaliar os significados e sentidos das Oficinas de Planificação da Atenção Primária, realizadas na 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte, segundo a ótica dos gestores municipais e facilitadores institucionais. O percurso teórico-metodológico pautou-se nos referenciais da pesquisa avaliativa responsiva de quarta geração, que identifica as reivindicações, preocupações e questões dos grupos de interesse, negocia e intervém sobre elas. Os dados foram coletados através de questionários, grupos focais narrativos e análise documental. A análise dos resultados pautou-se numa triangulação metodológica participativa, hermenêutico-dialética. O processo ocorreu concomitante a coleta, possibilitando que os resultados fossem apresentados, validados e alterados pelos sujeitos da pesquisa, os grupos de interesse. Os resultados mostraram que há consenso entre os grupos de interesse quanto à importância das oficinas de planificação e o empoderamento adquirido, gerando capacidade de intervir de forma mais qualificada. A maioria das reivindicações, preocupações e questões identificadas foram resolvidas e as que não foram elucidadas fizeram parte de uma agenda de negociação pactuada para futuras intervenções. Foram identificadas mudanças significativas no contexto sócio-político-operacional de implantação das redes de atenção na região e no estado. Pode-se afirmar que o processo avaliativo de quarta geração possibilitou, além de análise de resultados, mudanças positivas no cenário da Atenção Primária da 6ª região de saúde do estado do RN. O estudo aponta a avaliação de quarta geração como um método de pesquisa importante no campo da análise de qualidade da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Avaliação de quarta geração. Atenção Primária à Saúde. Planejamento em saúde. Redes de Atenção à Saúde.

ABSTRACT

Despite the progress made by the National Health System in recent years, is still evident the difficulty in overcoming the fragmentation of the shares and qualify for comprehensive care management. There are several initiatives to build consensus on the issue. Among them, there is the discussion of the model of care, process planning, organization of services in network drawings as having the primary care ordinator. The State Department of Public Health of Rio Grande do Norte, in partnership with the National Council of Health Secretaries, conducted pilot in the 6th region of state health, teaching workshops Planning of Primary Care for structuring Networks for Health Care . the present study aimed to evaluate the significance and meanings of Workshops Planning of Primary held on 6th Health Region of Rio Grande do Norte, from the viewpoint of municipal managers and institutional facilitators. The theoretical-methodological approach was based on references of responsive evaluative research on the fourth generation, which identifies the claims, concerns and issues of interest groups, negotiates and intervenes on them. Data were collected through questionnaires, focus groups and documentary narrative analysis. The analysis was based on a participatory methodological triangulation, hermeneutic-dialectic. The process occurred concomitant collection, enabling the results to be presented, validated and modified by the research subjects, the interest groups. The results showed that there is consensus among stakeholders on the importance of planning workshops and empowerment acquired, generating capacity to intervene in a more qualified way. Most claims, concerns and issues identified were resolved and those that were not elucidated were part of a negotiating agenda agreed for future interventions. Significant changes were identified in the socio-political and operational context of deployment of attention networks in the region and the state. It can be stated that the assessment process for possible fourth generation, and analysis of results, the positive scenario of the 6th Primary health region of the state of the RN changes. The study points to the fourth generation evaluation as a method of important research in the field of quality analysis of Primary Health Care.

Keywords: Health evaluation. Fourth generation evaluation. Primary Health Care. Health planning. Health Care Networks.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	- Atenção Básica
ABS	- Atenção Básica à Saúde
AIS	- Ações Integradas de Saúde
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	- Atenção Primária à Saúde
ASB	- Auxiliar de Saúde Bucal
CEFOPE	- Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde
CF	- Constituição Federal
CIT	- Comissão Intergestora Tripartite
CHD	- Círculo Hermenêutico Dialético
COAP	- Contrato Organizativo da Ação Pública
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CPS	- Coordenadoria de Promoção da Saúde
CPCS	- Coordenadoria de Planejamento e Controle de Serviços de Saúde
DAB	- Departamento da Atenção Básica
DSS	- Determinantes Sociais de Saúde
EAB	- Equipe de Atenção Básica
ESF	- Estratégia Saúde da Família
FSESP	- Fundação de Serviços de Saúde Pública
GI	- Grupos Interativos
GM	- Gabinete do Ministro
GS	- Gabinete do Secretário
GT	- Grupo de Trabalho
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	- Ministério da Saúde
NASF	- Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NV	- Nascidos Vivos
OMS	- Organização Mundial de Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	- Piso de Atenção Básica
PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES	- Plano Estadual de Saúde
PDR	- Plano Diretor de Regionalização
PDRI	- Plano Diretor de Regionalização e Investimentos
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PSF	- Programa Saúde da Família
RAS	- Redes de Atenção à Saúde
RDC	- Reunião de Diretoria de Colegiado
RN	- Rio Grande do Norte

RPQs	- Reivindicações, Preocupações e Questões
RS	- Região de Saúde
SESAP	- Secretaria de Estado da Saúde Pública
SUS	- Sistema Único de Saúde
TSB	- Técnico de Saúde Bucal
URSAP	- Unidade Regional de Saúde Pública
VS	- Vigilância em Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde	33
Figura 2 - Configuração das redes nos distintos modelos de atenção	35
Figura 3 - Redes Temáticas prioritárias e Ações transversais	38
Figura 4 - População residente por domicílio no Rio Grande do Norte.....	52
Figura 5 - Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte	53
Figura 6 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família no RN.....	55
Figura 7 - Estratificação da Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Norte	56
Figura 8 - Estruturação da Rede Temática no Rio Grande do Norte	58
Figura 9 - Grupo Condutor das Redes Temáticas à Saúde no RN.....	59
Figura 10 - Mapa da 6ª Região de Saúde do RN.....	64
Figura 11 - Tipologia das ações e serviços de saúde da 6ª Região de Saúde do RN.....	67
Figura 12 - Elementos constitutivos da Rede de Atenção Materno-Infantil na 6ª Região.	68
Figura 13 - Círculo hermenêutico-dialético (Processo no interior do Círculo).....	78
Figura 14 - Esquema do processo hermenêutico-dialético elaborado pelos Autores.....	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Construção do círculo Hermenêutico Dialético em relação à percepção dos gestores e facilitadores sobre Atenção Primária	82
Quadro 2 - Síntese da análise narrativa do autor em relação à percepção que os Grupos de Interesse têm em relação à APS	83
Quadro 3 - Construção do Círculo hermenêutico-dialético em relação à percepção dos gestores e facilitadores sobre as Oficinas de Planificação	85
Quadro 4 - Síntese da análise narrativa do autor em relação à percepção dos gestores e facilitadores sobre as Oficinas de Planificação	86
Quadro 5 - Construção do Círculo hermenêutico-dialético em relação à metodologia das Oficinas de Planificação da Rede Materno-Infantil na 6ª Região de Saúde.....	89
Quadro 6 - Síntese da análise narrativa do autor sobre os consensos em relação às Oficinas de Planificação da 6ª Região de Saúde/RN.....	90
Quadro 7 - Agenda de negociação	92

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 O PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO – A OPÇÃO POR UMA AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO.....	17
2 TECENDO SABERES: MODELOS E REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE.....	19
2.1 TECIDOS DA HISTÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNDO E NO BRASIL.....	21
2.2 TECIDOS IDEOLÓGICOS ORGANIZACIONAIS – MODELOS E REDES DE ATENÇÃO COORDENADAS PELA APS.....	30
2.2.1 Fios condutores para tecer as RASs no âmbito do SUS.....	37
2.3 TECIDOS POLÍTICOS OPERACIONAIS – PLANIFICANDO APS E MODELANDO REDES TEMÁTICAS NO SUS.....	44
2.3.1 Planificação da Atenção Primária.....	47
3 TECIDO SANITÁRIO POTIGUAR: CENÁRIOS DAS REDES DE ATENÇÃO	51
3.1 CONTEXTO SANITÁRIO.....	52
3.1.1 Perfil epidemiológico.....	55
3.1.2 Atenção Primária no SUS/RN.....	56
3.2 TECEDURA DAS REDES TEMÁTICAS NO SUS/RN.....	58
3.3 PLANIFICANDO ATENÇÃO PRIMÁRIA E TECENDO REDE TEMÁTICA DA 6ª REGIÃO DE SAÚDE.....	64
3.3.1 Contexto sanitário da 6ª Região de Saúde do RN.....	66
3.3.2 Contexto da Planificação da Rede de Atenção Materno-Infantil na 6ª Região de Saúde.....	69
3.3.3 Cenários das Oficinas Temáticas de Planificação na 6ª Região de Saúde.....	70
4 COMPREENDENDO E NEGOCIANDO OS “NÓS” DA PLANIFICAÇÃO: SENTIDOS E SIGNIFICADOS.....	75
4.1 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO INTERATIVA COM OS GRUPOS DE INTERESSE (STAKEHOLDERS).....	77
4.2 ANÁLISE DAS CONSTRUÇÕES DOS GRUPOS DE INTERESSE: PROCESSO HERMENÊUTICO-DIALÉTICO.....	80
4.2.1 A percepção sobre Atenção Primária.....	82
4.2.2 Análise da utilização das ferramentas de Planificação no processo de Modelagem da Rede Temática, na ótica dos Facilitadores – Apoiadores Institucionais.....	85
4.2.3 Nível de satisfação em relação à metodologia das Oficinas de Planificação.....	89
4.3 AGENDA DE NEGOCIAÇÕES GERADA E VIVIFICADA.....	92
5 CONCLUSÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS.....	99
APÊNDICES.....	105
ANEXOS.....	112

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A concepção ampliada de saúde como componente da seguridade social e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) como modelo institucionalizado de uma política de saúde do estado brasileiro, conquistados a partir da reforma constitucional de 1988, demandam aos gestores e profissionais novos modos de pensar e organizar a atenção. Esse novo paradigma da produção social da saúde exige profundas transformações na forma de cuidar e gerir a saúde das pessoas. Nesse contexto, emerge como pressuposto para a elaboração das políticas públicas mais justas, uma programação que considere o perfil de saúde da população e a necessidade de um planejamento estratégico de ações que venham responder com resolutividade aos problemas e necessidades de saúde dos indivíduos e suas famílias (PAIM, 2009).

O SUS, ao ser instituído, se apresenta como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada, hierarquizada, de acesso universal e igualitário, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, organizado por três níveis hierárquicos de densidade tecnológica: Atenção Básica, Média e Alta complexidade (BRASIL, 1988).

Convém ressaltar que no Brasil, o termo “*Atenção Básica*” é equivalente à concepção mundialmente definida de “*Atenção Primária*”, conforme Portaria ministerial de nº 2488 (BRASIL, 2011).

Nesse cenário de transformação de paradigmas, o SUS busca se organizar para dar resposta aos principais problemas e necessidades das pessoas em seus contextos territoriais. A presente reforma, com o princípio constitucional que garante a saúde como um direito fundamental de cidadania, exige uma reengenharia intra e intersetorial no âmbito do sistema.

Apesar dos avanços alcançados pelo SUS nos últimos anos, na prática, ainda está bastante evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e de qualificar a gestão do cuidado na lógica da atenção integral. O cenário dos serviços de saúde, apesar dos avanços legais, na prática ainda está, em sua maioria, fundamentado nas ações curativas, centrado na assistência médica e estruturadas organizativas rígidas,

dimensionadas a partir da oferta, mostrando-se, esse modelo, insuficiente para dar conta dos desafios sanitários e gerenciais atuais e desqualificado para os enfrentamentos futuros (MENDES, 2007).

São várias as iniciativas para a construção de consensos em torno de temas relevantes para o aprimoramento do SUS. Entre elas, destaca-se a discussão sobre o modelo de atenção à saúde, considerando que o grande desafio passa pela mudança de modelo direcionado para atender às condições agudas para um modelo que, além de atender aos eventos agudos, deem conta de atender às condições crônicas, as quais representam 2/3 da carga de doença no país (BRASIL, 2011).

Nessa lógica, está a organização dos serviços em desenhos de rede, tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora e ordenadora do cuidado. Destarte, o processo de organização desse cuidado integral, na lógica de rede, exige um planejamento estratégico, participativo e territorial. Nesse sentido, ressalta-se a regionalização como princípio organizativo do SUS, previsto desde a constituição de 1988, que tem como base para planificação das ações de saúde o conhecimento do território onde vivem as pessoas a partir da identificação do perfil epidemiológico da população, da rede de serviços, dos recursos humanos e orçamentários existentes, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2010).

Assim, o Ministério da Saúde lança, em 30 de dezembro de 2010, a Portaria de nº 4279 que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS e busca parceria com Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (BRASIL, 2010). Com base nas experiências de implantação das RAS em alguns estados, o CONASS produziu um material instrucional para apoiar teórica e conceitualmente as equipes estaduais para a implantação das Redes de Atenção à Saúde, tendo como proposta metodológica a “oficina de Redes de Atenção à Saúde” e a sua avaliação pelas equipes estaduais (CONASS, 2010).

O desafio assumido pelo MS e CONASS exige profundas transformações. Para que se mude o modelo de atenção, as gestões, serviços, profissionais e usuários precisam ser corresponsáveis, coparticipes e cogestores das políticas de saúde, fortalecendo o controle social e a governança nos espaços legítimos de discussão e pactuação para uma nova lógica do Sistema de Saúde. A ênfase na atenção humanizada, na prevenção de doenças e na promoção da saúde, através do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, são incrementos

fundamentais para a transformação do modelo atual de atenção centrado nas condições agudas e no indivíduo, de modo fragmentado e desarticulado (CAMPOS, 2007b).

Nesse contexto, a Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP/RN) aderiu ao processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde, em parceria com o Ministério da Saúde e o CONASS, definindo um projeto piloto a ser desenvolvido na 6ª Região de Saúde do Estado, situada no Alto Oeste potiguar e composta por 36 municípios, distante da Capital (média de 400 km) e apresenta 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

O processo de planificação se iniciou através da modelagem de uma “Rede de Atenção à Saúde Materno-infantil”, o que foi justificado pelos problemas e dificuldades inerentes à garantia do acesso de suas gestantes ao parto e ao grande número de partos cirúrgicos realizados, o que tem como consequência o nascimento de bebês prematuros e um índice de mortalidade materna e infantil que preocupa e inquieta as autoridades sanitárias do estado (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

Assim, foram selecionados facilitadores e apoiadores institucionais e realizadas Oficinas Temáticas que tiveram como produtos a pactuação com os municípios em relação a compromissos para operacionalização da Rede de Atenção Materno-Infantil (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

Destarte, como profissional e pesquisador envolvido no processo, ousamos desenvolver uma pesquisa avaliativa de quarta geração (GUBA; LINCOLN, 2011) acerca do processo de estruturação das redes temáticas, a partir da planificação na Atenção Primária, considerando a ótica dos gestores municipais e os facilitadores institucionais que participaram das Oficinas de Planificação da Atenção Materno-Infantil, realizadas na 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte.

1.1 O PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO – A OPÇÃO POR UMA AVALIAÇÃO DE QUARTA GERAÇÃO

No presente estudo, apostamos, metodologicamente, em uma nova abordagem de avaliação, pautada no paradigma de investigação construtivista, interpretativo ou

hermenêutico baseado em uma ontologia relativista, em uma epistemologia monista não dualista, que considera a subjetividade dos sujeitos, uma abordagem participativa da avaliação, a *avaliação de quarta geração*. Nesse processo avaliativo, são considerados elementos humanos, políticos, sociais, culturais e contextuais (GUBA; LICOLN, 2011).

Desse modo, seu processo investigatório une, no *contexto das descobertas* (entorno no qual as pessoas que formam as construções e ao qual elas tentam atribuir sentidos), o *pesquisador* (avaliador) e os *sujeitos envolvidos na pesquisa* (interessados), através de uma interação que possibilita o produto da avaliação numa abordagem hermenêutica-dialética, cujo objetivo é estabelecer essa interação e mantê-la dentro de determinados limites de qualidade. Assim, o produto dessa avaliação, diferente de outros métodos científicos, consiste numa *agenda de negociação* das reivindicações, preocupações e questões (RPQs) que não foram resolvidas nas trocas hermenêuticas. Ou seja, o contexto vivifica e é vivificado pelas construções que as pessoas vêm a formar e defender (GUBA; LICOLN, 2011).

No tocante ao nosso estudo, o contexto dessa pesquisa avaliativa, participativa foram Oficinas de Planificação da Rede de Atenção Materno-Infantil, desenvolvidas na 6ª Região de Saúde do Estado do RN, como parte das Oficinas de Planificação da Atenção Primária. Sua realização, disparada a partir da SESAP/RN, com apoio do CONASS, envolveu Facilitadores-Apoiadores Institucionais, gestores e equipes técnicas do estado e dos municípios da Região (Grupos de interesse ou interessados) no desenvolvimento desse projeto. Assim, surgiram concepções, valores, divergências de interesses e conflitos em torno dos processos decisórios envolvendo tais sujeitos, que expressaram o campo conflitivo entre os entes que compõem as esferas de poder na gestão do SUS e problemas estruturais da atenção à saúde na região.

O itinerário percorrido para a construção epistemológica contextual dessa avaliação interativa oportunizou diferentes momentos vividos por nós que, assumimos, simultaneamente, os papéis de *pesquisador*, como aluno do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do mestrado da Universidade de Brasília (UNB) e um dos membros dos *grupos interessados*, por ocupar cargo de coordenador da Promoção da Saúde na SESAP-RN. Assim, assumimos o papel de orquestrador desse processo de negociação que ora passamos a descrever.

**TECENDO SABERES DE MODELOS E REDE DE
ATENÇÃO EM SAÚDE**

2 TECENDO SABERES DE MODELOS E REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE

O estudo parte do referencial teórico-conceitual a respeito da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado dos usuários no território de sua responsabilidade (STARFIELD, 2002) e das Redes de Atenção à Saúde como respostas sociais, deliberadamente instituídas, para responder às necessidades de saúde das populações (MENDES, 2011). Aportamos-nos ainda dos fundamentos teórico-operacionais utilizados pelo CONASS; OMS; OPAS (2011) em relação ao processo de Planificação da Atenção Primária à Saúde, por meio da realização de oficinas presenciais.

Outros referenciais sobre Gestão em Saúde, Atenção Básica e Redes de Atenção à Saúde, tais como: Campos (2007b) com o método para análise e cogestão de coletivos; Vecina Neto e Malinik (2012), com abordagens multi-institucionais e multifacetadas sobre Gestão em Saúde; Portarias GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010; Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011; e o Decreto Ministerial nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/SUS, adensam valor aos marcos conceituais e instrumentais que fundamentam o presente projeto. Traz-se também uma importante contribuição de Merhy (2002) sobre o trabalho vivo em saúde que é o que se espera de todo esse universo de possibilidades de intervenções no campo da saúde, essa entrega orientada às novas práticas que permitem a troca de saberes e vivências em espaços seguros e bom para todos, a começar pelo território da APS.

Pesquisar sobre avaliação qualitativa de processo de modelagem de Redes de Atenção no âmbito da Atenção Primária no sistema de saúde brasileiro, mas especificamente no Rio Grande do Norte, 6ª Região de Saúde, significa trazer olhares, concepções, conceitos acerca da estruturação e organização dos modelos e das Redes de Atenção à Saúde. Isso implica, neste estudo, a necessidade de realizar a revisão bibliográfica em três dimensões: **Contextualização histórica da Atenção Primária no mundo e no Brasil** (*Tecidos da história da Atenção Primária no mundo e no Brasil*), através de um resgate da saúde coletiva e do processo de inserção da Atenção Primária no Brasil e no mundo; **Contextualização ideológica-organizacional** (*Tecidos ideológicos-organizacionais: modelos e redes de atenção coordenadas pela APS*) efetivadas pelos diferentes olhares a cerca dos modelos de atenção à saúde no Brasil e a adoção de redes no âmbito nacional e internacional;

Contextualização política-operacional (*Tecidos políticos-operacionais: Modelando Redes Temáticas no SUS*) considerando os aspectos normativos legais frente ao processo de planificação em saúde, visando a implantação das RASs.

2.1 TECIDOS DA HISTÓRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNDO E NO BRASIL

A Atenção Primária no Mundo e no Brasil foi se contextualizando ao longo da história como uma alternativa do setor saúde em resposta aos cenários dos serviços, frutos das diferentes conjunturas no campo político, social e econômico.

Sua concepção foi inicialmente apresentada em 1920 no documento inglês conhecido como “Relatório Dawson”, o qual esboçava a ideia de Atenção Primária como uma forma de organização dos sistemas de saúde, se contrapondo ao modelo flexeneriano, americano, curativista, biologicista, que se pautava na clínica individual de alto custo e baixa resolutividade.

No início do século XX o cenário mundial já se apresentava com uma diversidade de realidades que resultavam em desigualdade social entre as nações e que refletiam no setor saúde.

Alguns estudos analisaram as relações e as causas dessas desigualdades (MENDES, 2011; STARFIELD, 2002; OMS, 1978; OPAS, 2007) e identificaram alguns aspectos que são comuns a todas as realidades e que contribuíram fortemente para essa iniquidade: aspectos culturais que norteiam o comportamento e as atitudes dos povos; o aspecto político e econômico que se contextualizam nos países; as políticas públicas que norteiam a dinâmica da sociedade e o crescimento exponencial da população mundial; entre outros.

A Assembleia Mundial da Saúde, em sua trigésima reunião anual, organizada pela Organização Mundial de Saúde em 1977, discutiu os cuidados primários de saúde, determinando como meta principal até o ano 2000 que os países deveriam garantir aos seus cidadãos uma condição de saúde que lhes permitisse ter uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde ficaram, então, mundialmente conhecidos como APS e teve seu marco publicado pela OMS no ano seguinte, em 1978, através da Declaração

de Alma-Ata (OMS, 1978). Essa declaração se traduziu em um Pacto assinado por 134 países, onde Atenção Primária é vista, conforme apresenta Starfield (2002, p. 30), como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.

Na Conferência de Alma-Ata ficaram definidos alguns componentes fundamentais do processo de estruturação e organização da Atenção Primária, baseados nas necessidades da população. Conforme aponta Starfield (2002, p. 31), são eles:

Educação em saúde; Saneamento ambiental (em especial, águas e alimentos); Programas de saúde materno-infantil (imunizações e planejamento familiar); Prevenção de doenças endêmicas locais; Tratamento adequado de doenças e lesões comuns; Fornecimento de medicamentos essenciais; Promoção de boa nutrição; Medicina tradicional.

Em seus estudos, Starfield (2002, p. 19) apresenta os parâmetros definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para construir a base da Atenção Primária dos serviços de saúde, por reconhecer essas crescentes desigualdades sociais e de saúde em quase todos os países.

Conhecida como a Carta de Lubliana, ela propõe que os sistemas de atenção de saúde deveriam ser: a) dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; b) direcionados para a proteção e promoção da saúde; c) centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde; d) focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade; e) baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo e, f) direcionados para a Atenção Primária.

Na década de 1990, considerando o consenso da comunidade europeia em relação às iniquidades sociais e de saúde em quase todos os países do mundo, é definido pela OMS um conjunto de princípios que constitui a base da Atenção Primária nos serviços de saúde. Ao analisar a relação entre APS e a saúde, Starfield (2002, p. 19-20) destaca o conjunto desses princípios divulgados na Carta de Lubliana de 1996, são eles:

- Dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- Direcionados para a promoção e proteção da saúde;
- Centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem nos serviços e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
- Focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
- Baseados em financiamento sustentável para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo;
- Direcionados para a Atenção Primária.

Desde a proposta apresentada em Alma-Ata (OMS, 1978), até hoje, diferentes termos foram utilizados para conceituar essa forma de organização dos sistemas de serviços de saúde a partir de diferentes interpretações da abrangência e do escopo da Atenção Primária nos diversos países e continentes, considerando sua complexidade conceitual e a evolução.

A variedade de conceitos é identificada tanto na literatura internacional quanto na nacional. Alguns estudos (OMS, 1978; OPAS, 2007) apontam essa sequência de derivações, elaboradas a partir de Alma-Ata, são elas: *Atenção Primária à saúde*, *Atenção Primária seletiva*, *Atenção Primária orientada para a comunidade* e, mais recentemente, a *Atenção Primária renovada*. Conforme a OPAS (2007, p. 8):

Há diversos motivos para se adotar uma abordagem renovada da APS, incluindo: o surgimento de novos desafios epidemiológicos que exigem a evolução da APS para enfrentá-los; a necessidade de corrigir os pontos fracos e as inconsistências presentes em algumas das abordagens amplamente divergentes da APS; o desenvolvimento de novas ferramentas e o conhecimento de melhores práticas que a APS pode capitalizar de forma a ser mais eficaz; e um crescente reconhecimento de que a APS é uma ferramenta para fortalecer a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde. Além disso, uma abordagem renovada da APS é vista como uma condição essencial para cumprir os compromissos de metas de desenvolvimento acordadas internacionalmente, incluindo as contidas na Declaração do Milênio, abordando os determinantes sociais de saúde e alcançando o nível mais elevado possível de saúde para todos.

Starfield (2002), em sua análise, caracteriza a Atenção Primária como um processo de cuidar contextualizado no território onde vive as pessoas, definida por múltiplos determinantes. Para ela, a atenção nesse contexto é singular e dirige-se a pacientes que, em geral, têm variadas queixas, com diferentes diagnósticos os quais normalmente não podem ser identificados em diagnósticos especializados, fragmentados e sim numa visão generalista, ampliada e conectada com a realidade de vida daquelas pessoas.

Ou seja, o plano de propostas para o tratamento na Atenção Primária vai além do individual, se expande para o coletivo, nas condições de vida, trabalho e ambiente da

população de uma determinada região, envolve a responsabilidade dos profissionais com a melhoria na qualidade de vida dos indivíduos. Nesse sentido, as ações assistenciais são intersetoriais, envolvem a rede de serviços de saúde e outros serviços e instituições existentes naquela localidade, além do atendimento nos domicílios (STARFIELD, 2002).

Outras contribuições também foram importantes para essa visão de um sistema de saúde com base na Atenção Primária em Saúde, tais como a Carta de Ottawa apresentada na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorrida em Ottawa, Canadá, de 17 a 21 de novembro de 1986; a Declaração do Milênio das Organização das Nações Unidas (ONU) realizada em Nova York, de 6 a 8 de setembro de 2000, o Relatório da Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde, criada pela Assembleia Mundial da Saúde de 2004. (ONU,2000)

No Brasil, Mendes (2011), em seus estudos sobre modelos de atenção, classifica o processo de evolução da Atenção Primária no Brasil em 7 (sete) ciclos: **1º ciclo**: os Centros de Saúde-Escola, anos 20; **2º ciclo**: O modelo da Fundação de Serviços de Saúde Pública – FSESP, anos 40; **3º ciclo**: os Centros de Saúde Estaduais, anos 60; **4º ciclo**: O modelo da medicina simplificada, anos 70; **5º ciclo**: as Ações Integradas de Saúde – AIS, anos 80; **6º ciclo**: A municipalização da Atenção Primária à saúde, início dos anos 90; **7º ciclo**: O modelo da Atenção Básica à Saúde – ABS, a partir da segunda metade dos anos 90.

A Atenção Primária, no entanto, só ganha destaque político organizativo no Brasil a partir do 4º ciclo, quando nos meados da década de 1970, associado ao processo de redemocratização do país, surge o movimento sanitário brasileiro em defesa de um novo sistema de saúde que possibilitasse, a todos os brasileiros, o acesso aos serviços de saúde de forma integral e hierarquizada (MENDES, 2011).

A volta dos sanitaristas exilados no período da ditadura militar ao Brasil, associada a uma população mobilizada e ao processo de redemocratização, fez com esse corpo técnico ideológico ganhasse força, trazendo um novo conceito de saúde. Uma saúde identificada pelos seus determinantes sociais, saúde como qualidade de vida, isso vai modificar a forma de cuidar. É nesse cenário que surge a proposta do conceito ampliado de saúde, saúde como qualidade de vida.

O momento histórico da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, no Distrito Federal, oportuniza aos sanitaristas e aos segmentos representativos da sociedade em geral a apresentação de um projeto político, ideológico organizativo para o setor saúde no

Brasil. Projeto esse que é incorporado ao novo texto constitucional na Assembleia Nacional Constituinte (BRASIL, 2012).

Com a conquista da reforma Constitucional de 1988, já no 5º ciclo da APS, conquista-se também a saúde como um componente da proteção social e um Sistema Único de Saúde – SUS, fundamentado em princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários pautados na universalidade, integralidade e equidade. Os princípios organizativos definidos a partir da estruturação da rede de serviços de saúde de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada.

A concepção de proteção social em resposta as necessidades das populações inclui a universalização do acesso aos serviços de saúde fruto da crescente desigualdade social e à ampliação das diferenças entre os mais ricos e os mais pobres, especialmente na América Latina (BAZZANI et al., 2006).

Em seu Artigo 6º, a constituição brasileira apresenta a definição da seguridade social ampliada na forma de sistema de proteções sociais integrais (saúde, assistência e previdência social), reafirma direitos sociais a todos os brasileiros, envolvendo a revisão do efeito limitado da contributividade da previdência social e do maior alcance da assistência social, bem como a implantação efetiva da universalidade integral da saúde.

No título da ordem social, em seu Artigo 194, a carta magna referenda a saúde como um componente da proteção social (BRASIL, 2012, p. 115):

[...] a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (Emenda Constitucional nº 20/98).

Em seu Artigo 196, a nova Constituição Federal – CF (BRASIL, 2012, p. 116-117) já apontava a necessidade de mudança paradigmática à medida que apresenta a concepção de “Saúde” como: “Direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de riscos de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Pode-se perceber que a reforma apontada no Brasil, a partir de 1988, contempla o **conceito ampliado de saúde** e a ênfase para os **cuidados primários de saúde**, ao priorizar as ações preventivas em detrimento das ações assistenciais.

A diretriz que prioriza a atenção integral com prioridade para as ações preventivas, em outras palavras, reforça a necessidade da descentralização para gestão local dos

municípios e a sua responsabilidade com a APS. O processo de municipalização, iniciado na década de 1990, possibilitou as secretarias municipais de saúde, autonomia administrativa e ampliação da Atenção Básica, nível de densidade tecnológica onde acontece os Cuidados Primários de Saúde.

No âmbito da Atenção Primária, uma das importantes iniciativas do SUS para reestruturação dos serviços de saúde pública brasileira foi a implantação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como um primeiro mecanismo de estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde, a população, os profissionais e a equipe de saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde lança o Programa Saúde da Família – PSF, assim o PACS ganha um novo e importante aliado.

Todo esse processo de reforma jurídico-operacional legitimou nosso sistema de saúde estruturado por níveis de atenção: Promoção, Proteção, Recuperação; e por Níveis de densidade tecnológica: Atenção Básica, Média e Alta complexidade.

Testa (1992), no auge do processo de implantação do SUS, destaca que a utilização pelo Ministério da Saúde do termo **Atenção Básica** para designar **Atenção Primária** apresenta-se como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da saúde da família e a dos “cuidados primários de saúde”, interpretados como política de focalização e atenção primitiva à saúde. Nesse sentido, criou-se no Brasil uma terminologia própria, importante naquele momento histórico.

Em 1996, configura-se o 7º ciclo da evolução da Atenção Primária no Brasil (MENDES, 2011). Com a publicação da Norma Operacional Básica – NOB 96, o PSF deixa de ser programa de governo e passa a ser estratégia estruturante do novo processo de trabalho da atenção Básica no SUS. Busca substituir as práticas convencionais da Atenção Primária orientando-se pelos princípios da Vigilância em Saúde (VS). Incentivou as Unidades da Saúde da Família a trabalharem com o território de abrangência, a responsabilização de equipes multiprofissionais, cadastramento prévio dessas famílias no território e a sua instalação em postos de saúde ou unidades básicas de saúde já existentes nos municípios.

Nesse contexto, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) aponta a Atenção Primária à Saúde como estratégia de reorientação do modelo assistencial e não como um programa limitado de ações em saúde de baixa resolubilidade.

Dez anos depois, em 2006, a Atenção Básica (AB) ganha o *status* de Política através da Portaria emitida pelo Gabinete do Ministro (GM) da Saúde de nº 648 (BRASIL, 2006),

estabelecendo assim a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Assim, oficialmente o Ministério da Saúde adotou a nomenclatura de atenção básica para definir APS, tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família (SF).

Mais recentemente, em 21 de outubro de 2011, essa Portaria foi revogada pela Portaria GM/MS de nº 2.488 (BRASIL, 2011c), que aprovou a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo mais uma revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Definitivamente, no Brasil, através dessa portaria, ficam resolvidas as polêmicas em relação aos termos “**Atenção Básica**” e “**Atenção Primária**” quando é esboçado em seu texto documental o seguinte esclarecimento (BRASIL, 2011c, p. 5): “A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidas neste documento”.

Assim, a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) consolida no Brasil a *Atenção Primária à Saúde* como coordenadora do cuidado, atualizando a política vigente. No campo conceitual, a PNAB mantém Saúde da Família como a estratégia recomendada para a “**Atenção Básica**”, que é como o Ministério da Saúde se refere à **Atenção Primária à saúde**. A nova PNAB não induziu grandes mudanças conceituais, introduziu algumas adaptações como o acesso, o acolhimento, a linha de cuidado e a gestão do cuidado, conforme aponta em suas disposições gerais (BRASIL, 2012, p. 19):

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

As principais mudanças da atual PNAB se referem a pressupostos que visam tornar a Atenção Básica mais fortalecida e **ordenadora das Redes de Atenção à Saúde – RAS**. Sendo as RAS descritas na PNAB (BRASIL, 2012, p. 25) como: “arranjos organizativos

formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais”. Caracteriza ainda a *Atenção Primária* como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população.

Um diferencial significativo da Portaria GMS nº 2.488/11 (BRASIL, 2011c) é que a nova política articula a AB com importantes iniciativas do SUS: a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, a qualificação e a reestruturação do Programa Saúde na Escola – e expansão dele às creches, e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição mediante o estabelecimento de um acordo com as indústrias e escolas para uma alimentação mais saudável.

Destacam-se como exemplos: os Polos da Academia da Saúde; a soma das Equipes de Atenção Básica (EAB), as equipes do Programa Melhor em Casa para ampliar o campo de ações integrais e promover maior resolubilidade da atenção domiciliar; e a integração com a Vigilância em Saúde.

Somam-se a esses avanços algumas inovações no processo de trabalho como: a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco e do primeiro atendimento às urgências na APS; Equipes de Atenção Domiciliar e Apoio Matricial integradas à Atenção Básica e à política de urgências/emergências; desenvolvimento de protocolos de boas práticas, processos de qualificação e gestão do cuidado e de comunidades de práticas.

A atual PNAB adequou ainda as Equipes de Atenção Básica às necessidades de regiões e populações específicas (populações ribeirinhas da Amazônia Legal; áreas de difícil acesso em todo o país e periferia das grandes cidades; população em situação de rua), ou seja, introduziu novas modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Fortaleceu o controle social e a participação da comunidade por meio da implantação do Sistema Nacional de Avaliação de Satisfação do Usuário e da Implantação do Portal de Transparência do SUS (BRASIL, 2012).

Destacam-se ainda outros avanços para a estruturação do sistema de saúde, no âmbito da Atenção Básica, possibilitados pela Portaria GM nº 2488/11 (BRASIL, 2011c) tais como:

- No âmbito da rede física da APS, atua na renovação através da Norma da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), da Reunião de Diretoria de Colegiado (RDC) de nº 50/2002, a qual define parâmetros mínimos para autorização de

funcionamento de uma UBS – metragem mínima de UBS, considerando as especificações da RDC, é de 153,42 m²;

- Fomentou a integração dos sistemas de informação e a nova política de regulação apontando para a ampliação da resolubilidade da AB e para a continuidade do cuidado do usuário, que precisa da atenção especializada. Implantação do cartão nacional de saúde e do novo sistema de informação da AB;
- Consolidou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), podendo o Município optar por qualquer médico das especialidades básicas e profissionais de saúde o leque amplo de ações ligadas à qualificação do processo de trabalho e ampliação da resolutividade: ações de apoio matricial, atenção referenciada à saúde – interconsulta e teleconsulta, intervenção no território, apoio às equipes e à gestão;
- Ampliou e revisou o financiamento da Atenção Básica, a partir de um novo desenho do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, em que não se tem mais valor *per capita* para o Brasil inteiro, este valor varia conforme quatro estratos. Dentro do PAB fixo, mas ainda na lógica de equidade, tanto as modalidades distintas da Saúde da Família. Outro componente é o indutor do modelo da ESF. PAB Qualidade para quem apresentar melhor qualidade e resultados;
- A nova PNAB propõe repactuação tripartite do papel dos estados na atenção básica (incluindo apoio institucional e cofinanciamento, além de educação permanente e coordenação estadual da política), prática de contratualização em todos os níveis e instituição de uma cultura que alimentará o contrato organizativo de ação pública.

Alguns desafios são postos quando a nova Política Nacional de Atenção Básica afirma que os estados deverão participar do financiamento da Atenção Primária à saúde, porém não estabeleceu valores, então ainda não é possível estimar resultados com a implementação dessa diretriz. A PNAB apresenta propostas de mudanças na lógica de monitoramento, cria política de qualidade com recursos vinculados ao alcance de resultados e propõe adequações específicas para a Equipe saúde da família (eqSF) para áreas de difícil atração e fixação de profissionais como as áreas densamente povoadas e comerciais; população sem moradia (BRASIL, 2011c).

2.2 TECIDOS IDEOLÓGICOS ORGANIZACIONAIS – MODELOS E REDES DE ATENÇÃO COORDENADAS PELA APS

Quando ouvimos a palavra “modelo” associamos a uma forma, situação, ideia ou jeito de fazer algo. Todo modelo tem por trás pensamentos dominantes ou paradigmas científicos que lhe dão suporte. No setor saúde, alguns autores como Campos (2000); Paim, (2003); Teixeira e Solla (2006); Mendes (2011), dentre outros, se debruçaram sobre esse tema que agora passamos a tecer.

As formas de organizar os serviços de saúde e ofertá-los à população variaram consideravelmente desde o início do século XX, mesmo sendo comum a praticamente todos os países do Ocidente, inclusive em países socialistas à visão de ciência, que dava maior ênfase aos fenômenos biológicos para orientar as práticas nos sistemas de saúde (MENDES, 2011).

Ao mesmo tempo em que nos países socialistas e também na maioria dos países europeus organizaram-se o que é chamado por alguns autores (MERHY, 1992; 1998; PAIM, 1998) de Sistemas Nacionais Públicos de Saúde, nos Estados Unidos e em outros países se desenvolveu o Modelo Liberal Privatista. Embora essa tipologia seja muito genérica e englobe grandes diferenças entre países ou sistemas, um conjunto de características predominantes em cada um orienta a análise comparativa dos sistemas de saúde.

Considerando esses estudos, de uma forma geral, o que caracteriza os Sistemas Nacionais Públicos de Saúde é seu caráter de acesso universal, fortemente regulado e financiado pelo Estado, com serviços ofertados ao conjunto da população diretamente pelo setor público ou através da compra de serviços de profissionais ou organizações privadas. Já no Modelo Liberal Privatista, a população compra os serviços de saúde diretamente dos prestadores, por meio de diferentes tipos de organizações que vão desde o cooperativismo até empresas que intermedeiam a relação entre usuários e os serviços, que, em geral, se colocam como prestadores privados de assistência à saúde.

O processo dinâmico e complexo, considerando o contexto histórico, em alguns momentos, faz com que um paradigma dominante ou hegemônico seja substituído por outro que se mostra mais emergente, explicando problemas e possibilitando abordagens que, na maioria das vezes, são capazes de suprir grande parte dos problemas resolvidos pelo paradigma anterior, além de oportunizar a solução de novos problemas.

Destarte, de uma forma geral, o foco desse debate tem sido pautado na crítica e redefinição de ideias surgidas de movimentos internacionais de reforma dos sistemas de saúde, às quais se articulam, dinamicamente, propostas surgidas da experimentação prática e elaboração de alternativas que refletem a especificidade das condições nas quais se desenvolve o processo de reforma sanitária em nosso país (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Revisitando os estudos da realidade latino-americana e brasileira sobre o tema, pode-se perceber que o interesse em definir e conceituar “modelo de atenção” surgiu nos anos 1980, instigado pela OPAS, considerando a bojo do debate internacional sobre reformas do sistema de saúde, destacando-se nesse contexto a proposta de organização dos Sistemas Locais de Saúde. No Brasil, esse debate gerou várias definições, baseadas em enfoques teórico-conceituais variados.

A definição apresentada pela OPAS (2007) traz a concepção de “modelo de atenção” como uma forma de organização dos estabelecimentos de saúde, sendo eles, centros de saúde, policlínicas, hospitais. Nesse sentido, a organização desses estabelecimentos pode assumir um formato de rede, entendida como conjunto de serviços que objetivam o mesmo atendimento, por exemplo, rede ambulatorial, rede hospitalar, ou por serviços de distintos níveis de complexidade tecnológica, interligados por mecanismos de referência e contrarreferência, compondo, dessa forma, redes integradas de atenção a problemas ou grupos populacionais específicos, sendo estes a base operacional dos sistemas de saúde.

Segundo a OMS (2000), os sistemas de atenção à saúde são conceituados como um conjunto de atividades cujo principal objetivo é promover, restaurar e manter a saúde de uma população, considerando assim os sistemas de atenção à saúde como respostas sociais, organizadas deliberadamente as necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e em certos tempos.

Modelo de atenção à saúde, na visão de Mendes (2011), é um sistema lógico que define o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma própria, as relações entre seus componentes e as intervenções sanitárias, a partir da situação prevalecente de saúde, das condições demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais de saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Diferentes formas organizacionais, na prática social, caracterizam os sistemas de saúde. A tipologia mais encontrada na experiência internacional contemporânea é de sistemas fragmentados e redes de atenção à saúde. Na concepção de Mendes (2011, p. 40),

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a Atenção Primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, também não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos.

Já os modelos integrados de atenção à saúde são aqueles que se organizam a partir de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), interligada a partir de pontos de atenção, garantido a uma população definida o cuidado contínuo e integral em todos os níveis de atenção (MENDES, 2011).

No Brasil, desde 1988, com a implantação do SUS, se concretiza a opção pelo modelo integrado. Sua organização está pautada em três princípios organizativos: rede (integração dos serviços interfederativos), regionalização (região de saúde) e hierarquização (níveis de complexidade dos serviços). Esses são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõem o Artigo 198 da CF (BRASIL, 2012, p. 117, grifo nosso):

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Destarte, a fundamentação jurídica constitucional do sistema de saúde brasileiro se consolidou pelas Leis 8080/90 e Lei 8.142 (BRASIL, 1990), tendo sua normatização referendada pelas Instruções Normativas – Norma Operacional Básica (NOBs) 1993 e 1996; Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2001 e 2002; o Pacto da Saúde de 2006 e, mais recentemente, tivemos a publicação do Decreto presidencial 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8080/90 “para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa” (BRASIL, 2011e, p. 1).

A esse respeito, Santos (2011, p. 1) comenta:

O importante a destacar é que a forma organizativa e o modelo de atenção à saúde não podem ser escolhas da autoridade pública de saúde. Elas estão definidas constitucionalmente no art. 198, e legalmente nos Arts. 8º e 7º, II, da Lei 8.080/90 que determina a integração dos serviços públicos dos entes federativos em redes de atenção à saúde. Estas redes devem ser regionalizadas, o que pressupõe um relevante

papel do Estado, ente competente para definir as regiões de saúde a partir de aglomerados de municípios limítrofes com características que importem à organização de rede de atenção à saúde, conforme determina a CF.

Convém destacar ainda o que diz a Portaria GM de N° 4.279 de 30 de dezembro de 2010, em relação ao modelo de atenção à saúde, instituído pelo SUS e organizado a partir do funcionamento em rede (BRASIL, 2010, p. 22 e 23):

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

Conforme Santos (2011), a Constituição de 1988, ao instituir o SUS como um sistema *integrado*, organizado em *rede regionalizada e hierarquizada*, definiu o modelo de atenção à saúde e a sua forma organizativa. Isso significa dizer que ele se estrutura em níveis de maior ou menor complexidade de ações e serviços de saúde, conforme dispõe, ainda, os Artigos 8º e 7º, II, da Lei 8.080/90.

De acordo com Mendes (2011), esse esquema hierárquico piramidal do SUS, com níveis de complexidade, da atenção básica à média e alta complexidade é um problema teoricamente insustentável porque parte de um suposto equivocado: o de que a Atenção Primária à saúde é menos complexa que as atenções de média e alta complexidades. O modelo teoricamente proposto pela constituição e regulamentado pelas Leis 8080/90 vai de encontro ao modelo piramidal.

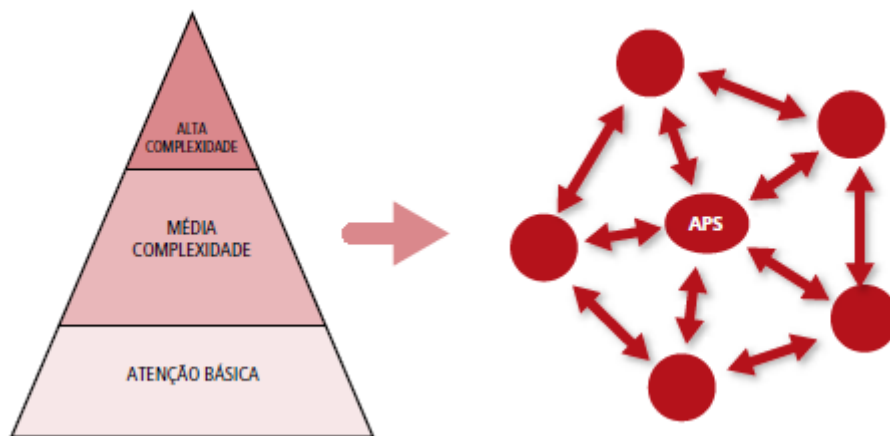
Essa análise ganha força ao nos deparamos com o Artigo 1º da PNAB (BRASIL, 2012, p. 19, grifo nosso), quando afirma que a Atenção Básica:

Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

Considerando o documento textual da PNAB (BRASIL, 2011), não resta dúvida que as tecnologias mais complexas do SUS estão na Atenção Primária à saúde, que elas são menos densas e menos custosas, no entanto, não menos complexas.

Segundo Mendes (2011, p. 88), a concepção de rede apontado no arcabouço jurídico do SUS sugere outro desenho organizativo para seu modelo de atenção (Figura 1), para ele, “Essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por uma outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais”:

Figura 1- A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes (2011).

Para Mendes (2011), essa visão hierárquica, além de conceitualmente equivocada, determina, no operacional, resultados desastrosos, expressos na banalização da Atenção Primária à saúde, aproximando-a de uma atenção primitiva que pode ser feita com poucos recursos e ofertada, especialmente, a regiões e populações mais pobres.

Em publicação oficial, a Organização Pan-Americana da Saúde (2011, p. 9)

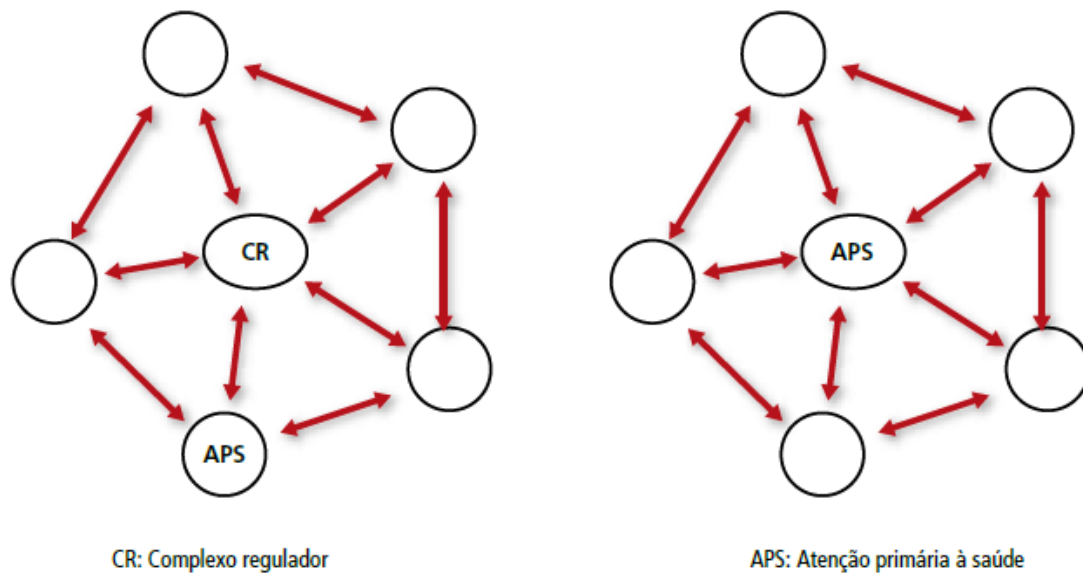
[...] considera a estratégia das redes de atenção coordenadas pela APS como princípio essencial para enfrentar o complexo cenário contemporâneo das necessidades de saúde e acabar com a fragmentação que enfraquece a maioria dos sistemas de saúde do mundo, incluindo o Brasil.

A importância da organização da atenção a partir de redes que tenham a APS como coordenadora das ações no território de saúde é apontada nas seguintes publicações: Atenção Primária à Saúde Renovada (OPAS, c.2007; OMS, 2008), bem como o Documento de Posição sobre as Redes Integradas de Assistência à Saúde (OPAS, 2010).

Mendes (2001) destaca que os modelos de saúde operam segundo lógicas estruturais e operacionais que variam de acordo com a região e a natureza das condições de saúde da população assistida. Sabe-se que as condições de saúde da população variam, podendo ter natureza aguda ou crônica. Vários foram os modelos desenvolvidos, no entanto, destacaremos:

- **Modelos de atenção às condições agudas.** São modelos que atendem às condições agudas e aos eventos agudos de doença crônica e têm como objetivo identificar, no menor tempo possível, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado à situação. É o modelo que hegemonicamente tem sido adotado pelos gestores do SUS.
- **Modelo de atenção às condições crônicas.** Desenvolvido pela equipe do MacColl Institute for Healthcare Innovation, nos Estados Unidos, o Modelo de Atenção Crônica, ou Chronic Care Model (CCM) na tradução literal, constitui-se em uma solução complexa e sistêmica para o problema da atenção às condições crônicas. Esse modelo é composto por seis elementos que, inter-relacionados, permitem aos usuários estarem informados e serem ativos, bem como permitem à equipe produzir melhores resultados funcionais e sanitários para a população. Entre os elementos, estão mudanças relacionadas: (1) à organização da atenção à saúde, (2) ao desenho do sistema de prestação de serviços, (3) ao apoio às decisões técnicas, (4) ao sistema de informação clínica e (5) ao apoio ao autocuidado, (6) à articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade.

Figura 2 – Configuração das redes nos distintos modelos de atenção



Fonte: Mendes (2011).

Segundo Mendes (2011), as diferenças entre as redes de atenção às condições crônicas e às condições agudas estão relacionadas ao papel da APS. Nas redes de atenção às doenças crônicas, a APS é o centro de comunicação das RAS, tendo como função a coordenação dos fluxos dentro de toda a rede. Já nas redes de atenção às condições agudas, a APS não faz parte do centro de comunicação, tornando-se um importante ponto de atenção à saúde (“nó”), sem cumprir a função central de coordenação de fluxos e contrafluxos da rede.

No Brasil, enfrentamos uma transição demográfica e epidemiológica que só reforça a necessidade de mudança do modelo organizativo da atenção à saúde. Vivenciamos um processo de envelhecimento da população e uma substituição do cenário epidemiológico, caracterizado pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento relativo das condições crônicas (MENDES, 2011).

Esse cenário coloca consideráveis desafios para o sistema de saúde. Para Mendes (2011), as condições crônicas requerem modelos complexos, que envolvem colaboração entre profissionais de saúde e instituições que tradicionalmente trabalham separadas.

Apesar das conquistas no âmbito do direito à saúde, no que se refere à atenção, ainda temos predominantemente um modelo do cuidado às doenças agudas que é pouco adequado para atender às necessidades daqueles com condições crônicas. Conforme documento da Comissão Intergestora Triparte (CIT), Portaria nº 4.279, (BRASIL, 2010, p. 5): “A solução está em inovar o processo de organização do sistema de saúde, redirecionando suas ações e

serviços no desenvolvimento das RAS para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população”.

2.2.1 Fios condutores para tecer as RAS no âmbito do SUS

No âmbito da estruturação das RAS no SUS, apesar de estar normatizada como pressuposto constitucional e constar em artigos regulamentados pela Lei 8080/90, como vimos, somente em 30 de dezembro de 2010 o Ministério da Saúde publica a Portaria GM nº 4.279/10, (BRASIL, 2010), que estabelece os fundamentos conceituais, atributos e diretrizes e estratégias, necessários ao processo de organização da RAS, compreendendo que o seu aprofundamento constituirá uma série de temas técnicos e organizacionais a serem desenvolvidos, em função da agenda de prioridades do SUS.

Essa publicação foi fruto de discussões internas das áreas técnicas do Ministério da Saúde e no Grupo de Trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão de Intergestores Tripartite, composto por representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2010).

No texto dessa Portaria nº 4279 (BRASIL, 2010, p. 5),

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

O Decreto presidencial nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada” (BRASIL, 2011e, p. 2).

Destarte, define a RAS como: “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011e, p. 2).

Aponta aspectos relacionados à organização do modelo de atenção destacando em seu Artigo 20 (BRASIL, 2011e, p. 6) a concepção do sistema em lógica de redes: “A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores”.

Destaca em seu Artigo 7º que “as Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas Comissões Intergestores” (BRASIL, 2011e, p. 3).

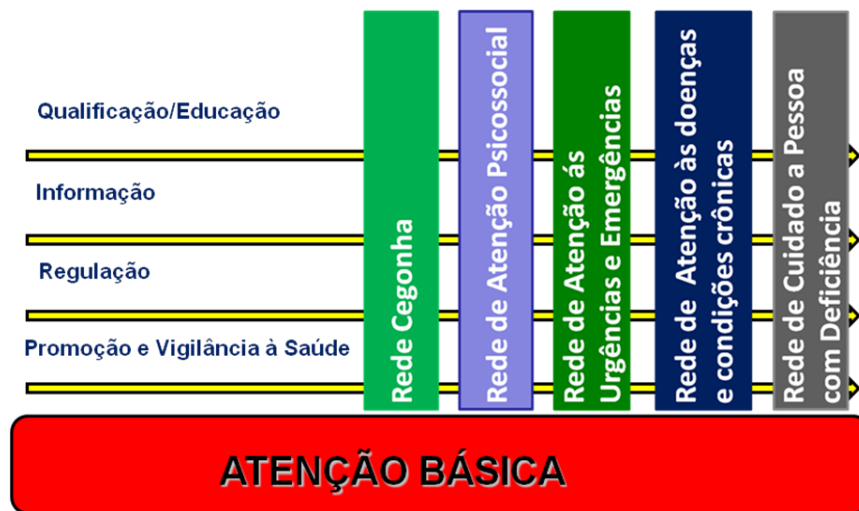
No tocante às portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde, em seu Artigo 9º (BRASIL, 2011e, p. 4), são definidos os seguintes serviços: “de Atenção Primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial; e especiais de acesso aberto”.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011e), considerando que as Redes de Atenção à Saúde Temáticas devem se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações, após pactuação tripartite, em 2011, priorizou cinco Redes Temáticas com ênfase em algumas linhas de cuidado:

- **Rede Cegonha**, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses;
- **Rede de Atenção às Urgências e Emergências;**
- **Rede de Atenção Psicossocial** (com prioridade para o enfrentamento do álcool, crack, e outras drogas);
- **Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas:** iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e do colo do útero);
- **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.**

Todas essas redes temáticas devem ser transversalizadas por ações do tipo: qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde, conforme demonstra a Figura 3.

Figura 3 – Redes Temáticas prioritárias e Ações transversais



Fonte: MS (2011).

Em outubro de 2011, com a publicação da PNAB (BRASIL, 2011c, p. 25), é reafirmado o caráter integrado do sistema a partir da organização de Redes de Atenção à Saúde:

[...] como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles, destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às suas necessidades de saúde.

Nesse sentido, fica explícito o objetivo das RAS como dispositivo da gestão da atenção na integração das ações e serviços de saúde, de forma sistêmica, que visa (BRASIL, 2010, p. 5) “uma atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica”.

Destarte, a Atenção Básica/APS passa a cumprir algumas funções para contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, são elas (BRASILc, 2011c):

- **Ser base:** ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, cuja participação no cuidado se faz sempre necessária;

- **Ser resolutiva:** identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais;
- **Coordenar o cuidado:** elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral;
- **Ordenar as redes:** reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

No tocante às orientações apresentadas pela Portaria GM nº 4279/2010 (BRASIL, 2010, p. 11), em relação à organização da Rede de Atenção à Saúde, ficam definidos alguns pressupostos, necessários a sua implantação tais como:

A região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. Assim, as competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços. A definição adequada da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e o município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso.

Mendes (2011, p. 71) destaca que existe um diferencial no processo de organização da RAS em relação a outros tipos de redes em outros setores da sociedade, para ele:

O modo de organizar as RASs define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, especialmente, de forma ótima.

Nesse sentido, são apresentados alguns fundamentos basilares para organização, das Redes de Atenção à Saúde. Conforme Mendes (2011, p. 71),

A organização das RASs, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção.

Concordando com os pontos apresentados, nos debruçaremos agora sem sintetizar os 5 (cinco) fundamentos das Redes de Atenção à Saúde apresentados pelo autor (MENDES, 2011):

- **Economia de escala, qualidade e acesso:**

A concentração de serviços em determinado local racionaliza os custos e otimiza resultados quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizam sua instalação em cada município isoladamente. No SUS, os serviços de menor *densidade tecnológica*, como as UBSs, são ofertados de forma dispersa, uma vez que se beneficiam menos da economia de escala. Por outro lado, os serviços com maior densidade tecnológica (média e alta complexidade), que se beneficiam mais da economia de escala, tendem a ser mais concentrados.

- **Integração horizontal e vertical**

Horizontal: Se refere à articulação e coordenação de diferentes organizações de saúde responsáveis por ações de natureza diferenciada (AB, média e Alta complexidade). O intuito é agregar valor aos serviços, ou seja, tornar o serviço integrado e integral do ponto de vista da atenção e das tecnologias disponíveis, concretizando um dos objetivos centrais do SUS. Ou seja, é a articulação de serviços de diferentes níveis de atenção, de qualquer ente federativo (municipal, estadual e federal), com fins lucrativos ou não, por meio de gestão única; **Vertical:** Nesse caso, a junção de unidades e serviços de saúde é da mesma natureza, com o objetivo de agregar serviços em uma mesma cadeia produtiva com o intuito de obter ganhos de escala por meio de fusão ou aliança estratégica. Ou seja, é a junção de serviços semelhantes ou iguais para que os custos médios de longo prazo dos serviços diminuam com o aumento do volume das atividades oferecidas. Um exemplo disso é quando um hospital A uniu-se ao hospital B (fusão ou aliança) para aumentar

produtividade, o que ocorrerá ou pelo aumento do número de leitos ou pela coordenação dos serviços oferecidos, de modo a eliminar a concorrência entre eles.

- **Processo de substituição:** No SUS, tanto profissionais quanto processos e atividades são passíveis de substituição, reorganização ou aprimoramento. Assim, *processo de substituição* é o termo utilizado para explicar o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde, para que estes possam resultar em melhores resultados sanitários e econômicos, considerando aspectos relativos tanto às equipes quanto aos processos de atenção à saúde. Um exemplo desse processo de substituição é a desospitalização dos pacientes com doenças crônicas. Antes, embora estáveis, permaneciam longos períodos internados nos hospitais, aumentando o risco de infecção hospitalar. Atualmente, a atenção a esses pacientes está em processo de substituição. Assim que é possível, é dada alta e o paciente passa a ser cuidado no domicílio.

- **Territórios sanitários:** é a área geográfica de abrangência (adstrita) para a cobertura de uma determinada RAS. São normalmente denominados distritos, territórios ou regiões sanitárias. Dependendo da situação específica, uma RAS pode abarcar bairros, cidades ou regiões. Para delimitação desses territórios, pode ser considerado exclusivamente o critério geográfico, ou agregar a ele aspectos socioculturais ou epidemiológicos. Assim, os territórios são espaços de responsabilização sanitária de uma determinada equipe e serviços de saúde. Podem ser territórios macrorregionais, microrregionais, regionais, municipais, de áreas ou microáreas.

- **Os níveis de atenção à saúde:** No SUS, esses níveis de atenção são expressos como arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (Atenção Básica) ao de densidade tecnológica intermediária (média complexidade), até o de maior densidade tecnológica (alta complexidade). São fundamentais para o uso racional de recursos e economia de escala.

Tendo em vista a complexidade e diversidades das realidades das regiões brasileiras e das conjunturas dos sistemas locais de saúde e considerando que não há como prescrever um modelo organizacional único, foram definidas, pela portaria norteadora da organização das RASs, atributos essenciais ao seu funcionamento, são eles (BRASIL, 2010):

- População e territórios definidos;
- Extensa gama de estabelecimentos de saúde prestando diferentes serviços;
- APS como primeiro nível de atenção;
- Serviços especializados;
- Mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e assistência integral fornecidos de forma continuada;
- Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e nas comunidades, levando em consideração as particularidades de cada um;
- Integração entre os diferentes entes federativos a fim de atingir um propósito comum;
- Ampla participação social;
- Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
- Recursos suficientes;
- Sistema de informação integrado;
- Ação intersetorial;
- Financiamento tripartite;
- Gestão baseada em resultados.

Diante de todo o exposto, não resta dúvida da fundamentação legal (BRASIL, 1988) e do caráter organizativo dos serviços de saúde enquanto rede de atenção no âmbito do SUS e da necessidade de fortalecimento da Atenção Primária no Brasil. No entanto, faz jus destacar que o atraso histórico de viabilização desse processo refletiu na fragilidade de um dos princípios doutrinários do SUS, a *integralidade da atenção*, e de dois princípios organizativos, *Regionalização e descentralização dos serviços de saúde*.

A luta agora é recuperar o tempo perdido e avançar em busca da efetivação das Redes de Atenção à Saúde, através de orientação e apoio aos municípios e estados brasileiros. Para o CONASS (2010, p. 21), “*essas mudanças requerem gestores preparados e equipes proativas*”. Em sua análise, o sistema de saúde brasileiro, de modo geral, tem, com algumas exceções, atuado em cima de demandas pontuais, sem planejamento das necessidades de saúde da população em determinado território, e os indicadores de morbimortalidade têm sido pouco usados para planejar as ações e os serviços socialmente necessários.

2.3 TECIDOS POLÍTICOS OPERACIONAIS – PLANIFICANDO APS E MODELANDO REDES TEMÁTICAS NO SUS

Considerando todo o processo histórico apresentado anteriormente, a evolução conceitual das RAS e tendo em vista a opção legal feita, há 25 anos, na Constituição brasileira de 1988, pelo SUS como um modelo em rede de atenção, passamos agora a nos deter ao referencial teórico que contempla o detalhamento do processo de planejamento e operacionalização das Redes de Atenção à Saúde, destacando os elementos que as constituem, assim como as ferramentas necessárias para sua adequada operacionalização.

Como vimos, está instituída legalmente, desde 1988, a integralidade da atenção como princípio doutrinário imperativo do SUS, a regionalização e a descentralização como princípios organizativos da rede de atenção. Apesar disso, na prática atual, ainda é frágil o processo de estruturação dos serviços na ótica de Redes de Atenção (PAIM, 2009).

Nesse sentido, resgataremos o conteúdo da Portaria GM/MS nº 4279/10, publicada pelo MS em dezembro de 2010, a qual apresenta as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, considerando ter sido sua publicação a estratégia do MS para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do sistema, visando assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010).

As diretrizes que apontam os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização e modelagem das RASs no SUS, consensuadas pelo MS (BRASIL, 2010, p. 16) referem que a operacionalização da RAS se dá pela interação dos seus três elementos constitutivos: *população/região de saúde* definidas, *estrutura operacional* e por um *sistema lógico de funcionamento* determinado pelo modelo de atenção à saúde.

Mendes (2011) descreve com detalhes os três elementos fundamentais: *uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde*.

1º. **População:** A população e a área geográfica ficam sob responsabilidade de uma RAS, que ocupa a região de saúde (ou mais de uma) definida pelo Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI).

Para Mendes (2011, p. 85),

O conhecimento da população de uma RAS envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociosanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS/Equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas.

2º. **Estrutura operacional:** É formada pelos pontos de atenção das redes e pelas ligações materiais e imateriais que integram esses diferentes serviços. Assim, há cinco componentes que fazem parte da estrutura operacional: o **centro de comunicação**, a APS; os **pontos de atenção à saúde secundários e terciários**; os **sistemas de apoio** (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os **sistemas logísticos** (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o **sistema de governança**. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós.

- ✓ **APS – Centro de comunicação:** a APS tem papel-chave na estruturação das redes, atuando como ordenadora e coordenadora dos fluxos e contrafluxos do cuidado. Ela é fundamental na constituição do sistema de saúde por sua proximidade com os indivíduos e seu cotidiano. Assim, esse componente deve desempenhar ações de saúde e também fazer a ligação entre os demais pontos de atenção, de modo a garantir a integralidade e continuidade da atenção à saúde dos usuários.
- ✓ **Pontos de atenção à saúde secundários e terciários:** os pontos de atenção de diferentes densidades tecnológicas servem de apoio aos serviços da APS, com ações especializadas em nível ambulatorial, hospitalar, apoio diagnóstico e terapêutico.
- ✓ **Sistemas de apoio:** locais onde são prestados serviços de saúde comuns a todos os pontos de atenção. São constituídos por três sistemas principais: sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico; sistema de assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde.
- ✓ **Sistemas logísticos:** oferecem soluções em saúde baseadas nas tecnologias de informação, voltadas para promover a eficaz integração e comunicação entre pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio. Podem referir-se a pessoas, produtos ou informações, e estão fortemente ligados ao conceito de **integração vertical**. Os sistemas logísticos são: identificação do usuário por meio do Cartão Nacional do

SUS; prontuário clínico; sistema de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte;

✓ **Sistemas de governança:** são arranjos institucionais organizados que envolvem diferentes atores, estratégias e procedimentos, para gerir, de forma compartilhada e **interfederativa**, as relações entre as outras 4 (quatro) estruturas operacionais citadas anteriormente, com vistas à obtenção de maior interdependência e melhores resultados sanitários e econômicos. Assim, é por meio desses sistemas **transversais** que se articulam os elementos da RAS em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes. Independentemente do tipo ou quantidade de **Redes Temáticas** (RT) de atenção à saúde que foram ou serão implantadas no município, elas sempre terão como centro coordenador unidades e equipes da APS, que por sua vez ordenarão os fluxos e contrafluxos de atenção junto aos pontos de atenção secundários e terciários que pertencem a essa RT, por meio dos sistemas logísticos, e contando com o auxílio dos sistemas de apoio. Todo esse conjunto será gerido por um sistema de governança interfederativo e transversal.

3º. Modelo de atenção à saúde: Esse é o último e não menos importante elemento que constitui uma RAS. Pode ser definido como a lógica adotada pelos gestores municipais e estaduais para atender às demandas de saúde da população local de forma mais efetiva, eficiente e segura. Cabe lembrar que esta lógica deve condizer com o atual cenário de **tripla carga de doenças**, com prevalências crescentes e alarmantes das **condições crônicas** de doença. Logo, os modelos de atenção à saúde devem subsidiar toda a formação e implantação das RAS e também ter como foco prioritário as condições crônicas (garantindo atenção aos respectivos eventos agudos), e não somente as **condições agudas**.

Na concepção de Mendes (2011, p. 85):

O modelo de atenção à saúde é 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 prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

Mendes (2011) alerta para a necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que estes possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas, considerando que foi esse cenário que levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde. Por isso, eles têm sido dirigidos, principalmente, ao manejo das condições crônicas. Mas podem-se considerar, também, modelos de atenção às condições agudas. Esses modelos vão variar em função da natureza singular dessas condições de saúde.

Desse modo, a implantação das RASs, para provocar uma mudança radical no SUS, exige uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e sobre as condições agudas.

2.3.1 Planificação da Atenção Primária

Apesar de todas as evidências demonstrarem que os sistemas de saúde estruturados a partir de modelos que priorizam a APS, terem resultados sanitários melhores que os sistemas com APS frágil, no Brasil, somente com a publicação da Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, Pacto da Saúde, foi consensuado pelos gestores das três esferas de governo essa prioridade (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

O fortalecimento da Atenção Básica se caracterizou como uma das seis metas prioritárias do Pacto pela Vida (BRASIL, 2006). O compromisso assumido pelos gestores do SUS visa tornar a APS ordenadora do sistema, tendo a estratégia de saúde da família como estruturante do processo de trabalho.

Nesse sentido, o CONASS e a CONASEMS iniciam discussões junto ao Ministério da Saúde, buscando parcerias internas e externas no sentido de encontrar apoio para fortalecer a APS.

Em 2005, como fruto dos debates técnicos e dos consensos políticos entre os gestores o CONASS inicia elaboração da oficina sobre Redes de Atenção à Saúde, que também faz parte do elenco das oficinas trabalhadas no fortalecimento da APS no âmbito dos estados. Para o CONASS (2009, p. 8),

A oficina de Redes de Atenção à Saúde permite uma reflexão sobre o modelo de atenção vigente no SUS, que é fragmentado e baseado na oferta de ações e serviços e desconhece as necessidades de saúde de uma população que vive em determinado território, considerando seus determinantes sociais, e que é voltado para atender a demanda espontânea, os eventos agudos; propõe um alinhamento conceitual sobre redes de atenção, seus fundamentos e a estrutura operacional das redes de atenção; e termina com um exercício de modelagem de uma rede de atenção.

Em 2006, se consolidou uma cooperação internacional para o fortalecimento das equipes de APS nas SESs com o Departamento de Medicina Familiar da Universidade de Toronto, o CONASS desenvolveu uma proposta de trabalho conjunta objetivando disponibilizar para as SESs uma proposta metodológica de capacitação para equipes gerenciais de APS/PSF, com o apoio do Departamento da Atenção Básica (DAB/MS). Ou seja, um Curso de Aperfeiçoamento de Gestão em Atenção Primária à Saúde.

Realização em 2009 do Seminário de Consenso do CONASS: “Sustentabilidade da Atenção Primária em Saúde no Brasil” onde foram apresentadas a importância da APS na organização do sistema de saúde com base nas evidências internacionais e nacionais e considerados como fundamentais à realização de ações das três esferas de governo que fortalecessem e garantissem uma APS resolutiva e de qualidade.

Nesse sentido, o CONASS desenvolveu uma proposta metodológica, a Oficina de Redes de Atenção à Saúde, para apoiar as equipes gestoras estaduais na implantação das redes de atenção com base na Atenção Primária.

Posteriormente foram realizadas oficinas com os coordenadores estaduais de atenção básica sobre monitoramento e avaliação da APS, que contou com um diagnóstico da estrutura das SESs visando o acompanhamento e avaliação da APS; identificação de documentos, instrumentos e processos utilizados; monitoramento e avaliação com a disponibilização de textos de apoio para as equipes das SESs elaborarem propostas de metodologia de avaliação e acompanhamento.

As oficinas tiveram os seguintes objetivos:

- Assessorar as SES na reorganização do seu sistema de saúde, promovendo a integração das ações e serviços de saúde, o fortalecimento da APS e a consequente implantação das redes de atenção à saúde;
- Proporcionar às equipes das SESs instrumentos, ferramentas e tecnologias de planejamento da atenção à Saúde, e formas de organizar o processo de trabalho das equipes de APS nos seus municípios;

- Capacitar equipes estaduais para adequação e reprodução loco – regional das oficinas para os municípios.

O CONASS propôs às SESs a realização de 11 oficinas de trabalho presenciais, com carga horária de 16 horas cada, com períodos de dispersão de 35 a 45 dias em média. Podendo cada estado redefinir os períodos de dispersão e o número de oficinas que deseja realizar, de acordo com as suas peculiaridades.

Oficina 1: As Redes de Atenção à Saúde

Oficina 2: A Atenção Primária à Saúde no Estado

Oficina 3: Territorialização

Oficina 4: Vigilância à Saúde

Oficina 5: A Organização dos Processos de Trabalho em Saúde

Oficina 6: A Organização da Atenção à Saúde na UBS

Oficina 7: A Abordagem Familiar e o Prontuário Familiar

Oficina 8: A Organização da Assistência Farmacêutica

Oficina 9: Os Sistemas de Informação em Saúde

Oficina 10: Os Sistemas de Apoio Diagnóstico, Sistemas Logísticos e Monitoramento

Oficina 11: A Contratualização das Equipes da APS

As Secretarias de Estado estavam agora com a responsabilidade de acompanhar a implantação e a execução das ações de APS em seu território, analisando cobertura populacional, perfil de necessidades e oferta de serviços, integração aos demais pontos da rede de atenção e acompanhando a evolução dos indicadores e metas pactuados.

Outros compromissos foram assumidos pelos gestores estaduais no âmbito do fortalecimento da APS, tais como: contribuir para a reorientação do modelo de atenção à saúde por meio do apoio à APS e estímulo à adoção da ESF (Estratégia Saúde da Família) pelos serviços municipais de saúde em caráter substitutivo às práticas atualmente vigentes; Regular as ações intermunicipais; Coordenar a execução das políticas de qualificação de recursos humanos em seu território. As SESs (Secretarias de Estado da Saúde) são responsáveis pelo processo de capacitação das equipes em municípios com menos de 100 mil habitantes; Cofinanciar as ações da APS e da ESF e ser corresponsável pelo monitoramento da utilização dos recursos transferidos aos municípios; Elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da APS/ESF; Prestar assessoria técnica aos municípios no

processo de organização da APS e da implementação da ESF, bem como seus processos avaliativos; Promover o intercâmbio de experiências entre os diversos municípios, para disseminar tecnologias e conhecimentos voltados à melhoria dos serviços da APS; Submeter as irregularidades constatadas no funcionamento das equipes que atuam com a Estratégia Saúde da Família à deliberação na CIB, visando aplicação de sanções e o descredenciamento de equipes (CONASS, 2011).

Desafio posto, foi consenso por parte dos gestores estaduais a necessidade de qualificar os gestores municipais no processo de planificação da APS como estratégia de operacionalização das redes de atenção, visando proporcionar as condições estruturais para garantir os atributos da APS: primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e territorialização com adscrição de clientela.

**TECIDO SANITÁRIO POTIGUAR:
CENÁRIOS DAS REDES DE ATENÇÃO**

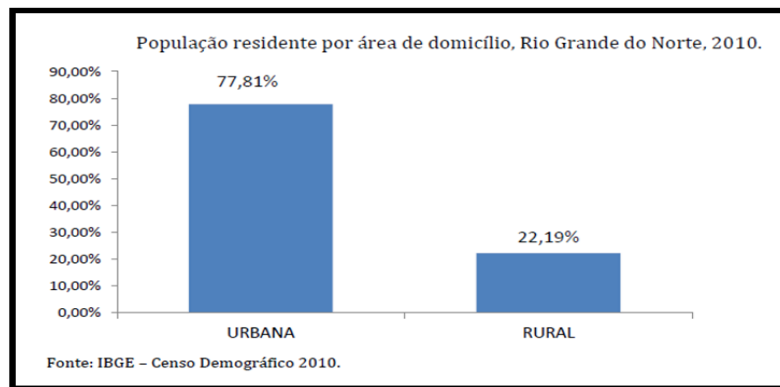
3 TECIDO SANITÁRIO POTIGUAR: CENÁRIOS DAS REDES DE ATENÇÃO

O estado do Rio Grande do Norte caracteriza-se como a 16ª unidade da federação brasileira mais populosa e a décima mais povoada com uma população de 3.168.027 habitantes, sendo 2.464.991 população urbana e 703.036 população rural. Os potiguares se distribuem em 167 municípios que ocupam uma área de 52.810,699 km², resultando em uma densidade de 60 hab./km². Esse contingente populacional corresponde a 1,7% da população brasileira e 6% da população nordestina, de acordo com os dados do último Censo Demográfico do IBGE (2010), apresentando um IDHM equivalente a 0,705 e esperança de vida média de 71,15 (RIO GRANDE DO NORTE, 2012).

3.1 CONTEXTO SANITÁRIO

A taxa de urbanização atingiu em 2010 o patamar de 77,82% na área urbana e 22,18% na área rural, encontrando-se em 16º lugar no ranking apurado para os estados brasileiros. Essa concentração populacional é em sua maioria desordenada, agravando os problemas de cunho social e espacial, além da conformação de áreas de agrupamentos comunitários sem a infraestrutura básica necessária para o desenvolvimento dos grupos populacionais ali instalados. A Figura 4 mostra a população por área de domicílio no Rio Grande do Norte, de acordo com o Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010.

Figura 4 – População residente por domicílio no Rio Grande do Norte



Fonte: SESAP, 2012.

A análise feita pela SESAP (RIO GRANDE DO NORTE, 2012) aponta um declínio da taxa de fecundidade geral observada nos últimos anos no RN, correspondendo a uma redução de 2,54 em 2000 para 1,95 em 2010, sendo estimada que essa tendência se repetirá nos anos seguintes, equivalendo a 1,91 em 2015. Foi também destacado, no estudo, a diminuição do nº de nascidos vivos que se apresentou de forma mais acentuada na região de João Câmara, onde foi constatada a maior queda, com uma redução de 61,1 nascidos vivos/100 mil mulheres na idade entre 10 a 49 anos para 49,2 NV/100 mil mulheres. Ademais foi verificado que também houve uma redução na taxa bruta de natalidade (nascimentos/1.000 habitantes) passando de 22,9 em 2001, 18,2 em 2008, e 17,9 em 2009, para 17,8 em 2010, com estimativa de corresponder a 16,82 em 2015 (IBGE, 2010).

Destacam-se como as maiores cidades do Estado: Natal, Mossoró, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante, Ceará-Mirim, Macaíba, Caicó, Açu, Currais Novos, São José do Mipibu, João Câmara e Nova Cruz.

Para o setor saúde o estado encontra-se dividido em oito Regiões de Saúde (RS), em consonância ao Plano Diretor de Regionalização (PDR/RN), conforme ilustra a Figura 5.

Figura 5 - Regiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Norte



Fonte: Rio grande do Norte., 2012).

As oito Regiões de Saúde (RS) que compõem o PDR/RN são distribuídas da seguinte forma: 1ª RS (Litoral Sul e Agreste) composta por 27 municípios; 2ª RS (Oeste) com 15 municípios; 3ª RS (Mato Grande e Salineira), composta por 25 municípios; 4ª RS (Seridó), formada por 25 municípios; 5ª RS (Trairi e Potengi), constituída de 21 municípios; 6ª RS (Alto Oeste) que aglutina 36 municípios; 7ª RS (Metropolitana), reunindo cinco municípios (Natal, Extremoz, Macaíba, Parnamirim e São Gonçalo do Amarante); e a 8ª RS (Vale do Açú), composta por 13 municípios.

O diagnóstico feito pela SESAP (RIO GRANDE DO NORTE, 2012), através do seu Plano Estadual de Saúde – 2012/2015 destaca alguns Determinantes Sociais de Saúde (DSS).

O Indicador Social de Desenvolvimento dos Municípios (ISDM) abrange cinco dimensões: habitação, renda, trabalho, saúde e educação, e ainda 28 variantes desses componentes. Conforme o IBGE (2010), o Rio Grande do Norte ocupa o 13º lugar no ranking da região Nordeste, com uma taxa de 4,43 em 2010 em contraponto aos 4,30 no ano de 2000. Tem destaque o município de Acari com o melhor ISDM do Estado (5,24) e João Dias com o menor desempenho (2,37).

Para ilustrar a relevância desse dado, na análise feita pelos técnicos da SESAP, foi verificado, nesse sentido, percebe-se feito pelos referidos técnicos esboça um cenário de saúde onde os condicionantes socioeconômicos interfere diretamente nos indicadores sanitário.

[...] que a renda familiar per capita abaixo da linha da pobreza era de 46,2% em 2000, reduzindo em 2010 para 25,51%. O índice de mortalidade infantil reduziu aproximadamente 60% na última década e o índice de doenças evitáveis em crianças menores de 5 anos declinou cerca de 19% no mesmo período (RIO GRANDE DO NORTE, 2012, p. 18).

3.1.1 Perfil epidemiológico

Em relação ao perfil epidemiológico, de acordo com o Sistema de Informação de Agravos Notificáveis – SINAN (RIO GRANDE DO NORTE, 2012), as informações consolidadas pelo Sistema de Informação Hospitalar SIH/SUS e os indicadores de morbidade apresentados pelo Ministério da Saúde, por meio da Sala de Apoio à Gestão Estratégica, para o ano de 2011, as principais causas de morbidade no RN corresponderam à dengue, à tuberculose, às meningites bacterianas, à hanseníase, à AIDS, às hepatites B e C, à sífilis congênita, à leishmaniose visceral, à leishmaniose tegumentar e à leptospirose.

No que se refere à morbidade hospitalar no estado do RN, a análise feita pela SESAP (RIO GRANDE DO NORTE, 2012), contemplando as internações por Capítulo CID-10, no ano de 2011, evidencia que o Capítulo XV (gravidez, parto e puerpério) aparece como primeiro dentre todas as causas de internação do ano, correspondendo a 26,25% (n=44.879) de todas as faixas etárias e todos os grupos de causas.

A observação do Coeficiente de Mortalidade Geral/1.000 hab, no RN, durante o período 2006-2010 revela um discreto declínio desse indicador do ano de 2009 para o ano de 2010, refletindo-se em 2011, denotando um impacto positivo nas ações e mecanismos desenvolvidos ao longo do ano relacionado à atenção à saúde.

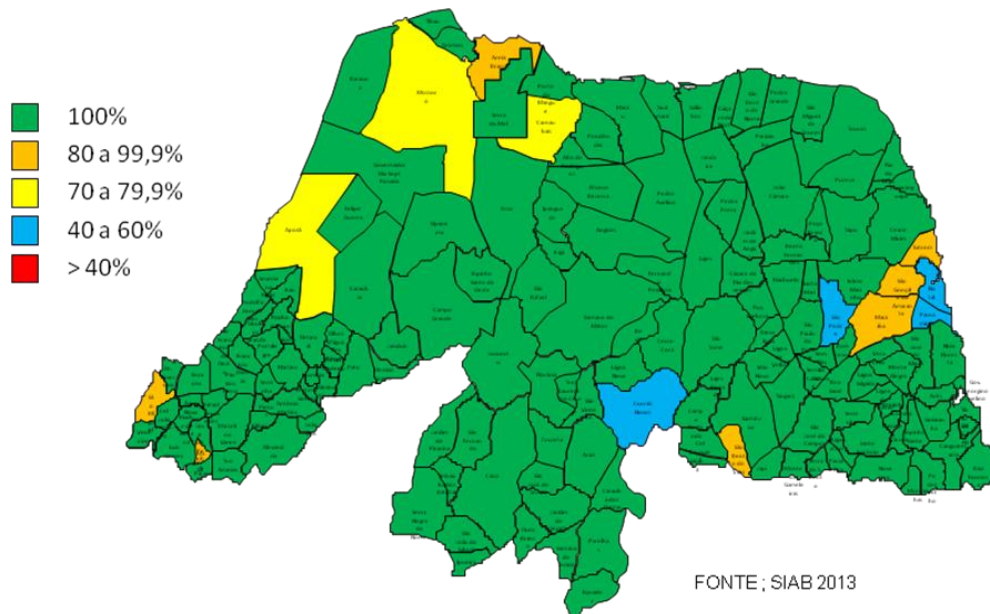
A evolução da Mortalidade Geral ocorrida no estado do Rio Grande do Norte, nos anos de 2006 a 2010, demonstra que houve aumento do coeficiente, apenas com um discreto declínio no ano de 2010, mantendo-se no mesmo patamar em 2011. O relatório da SESAP (RIO GRANDE DO NORTE, 2012) refere que tal fato encontra-se associado à elevação do número de mortes por causas violentas; às epidemias de dengue e gripe H1N1, que acometeram o estado e a cidade do Natal no período de 2006-2010; ao aumento populacional e à melhora na cobertura do sistema de informações sobre mortalidade.

3.1.2 Atenção Primária no SUS/RN

No Rio Grande do Norte, o acesso da população aos serviços de saúde ampliou-se devido à expansão da Estratégia Saúde da Família, especialmente nos municípios com menor porte populacional. O Estado possui 941 equipes da Estratégia Saúde da Família, o que corresponde a 75% da proporção de cobertura populacional estimada, segundo dados do Departamento da Atenção Básica (DAB/MS) para competência de setembro de 2013.

Destarte, analisando os dados do mapa quanto aos municípios que apresentam cobertura inferior a 80% (Natal, Parnamirim, Currais Novos, Apodi, Mossoró), e considerando que a população desses cinco municípios juntos corresponde a 42,52% da população total do estado, deduz-se que a baixa cobertura reflete importantes vazios assistenciais que fragilizam a assistência prestada.

Figura 6 – Cobertura da Estratégia Saúde da Família no RN



Fonte: Oliveira Júnior (2013).

Conforme análise da cobertura da ESF feita pela equipe técnica da (OLIVEIRA JUNIOR, 2013), podemos ver que além dos vazios assistenciais presentes nos municípios com grande representatividade populacional, a Atenção Básica de grande parte dos pequenos

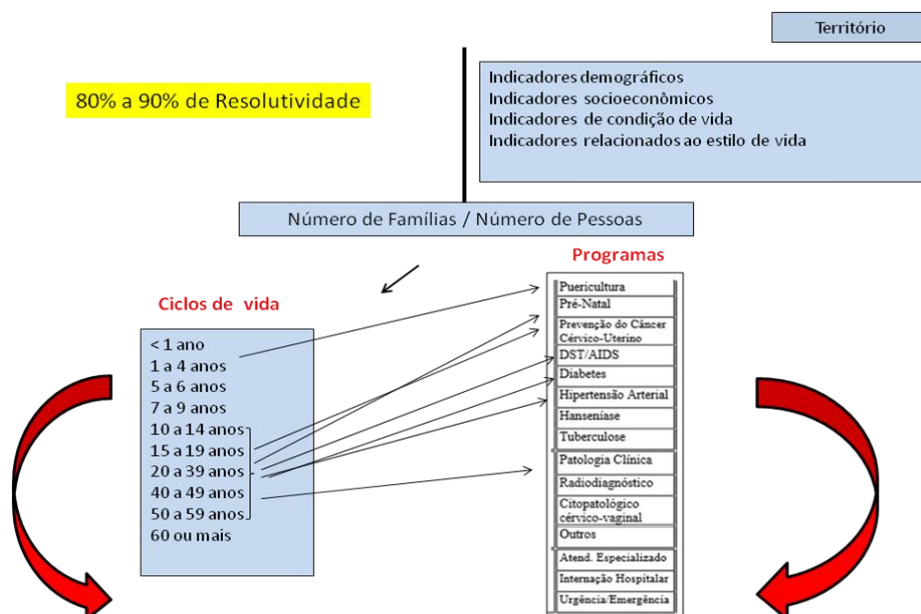
municípios com coberturas de 100%, possuem entraves relacionados ao não cumprimento da carga horária, precarização do vínculo empregatício, equipes e escalas incompletas que denotam descontinuidade da atenção também pela falta de acesso a serviços de média e alta complexidade. Ressalte-se que tais problemas também são encontrados na assistência hospitalar.

O total de profissionais cadastrados para atuarem na Estratégia Saúde da Família, no âmbito da rede de Atenção Primária do RN, corresponde a: 5.629 Agentes Comunitários de Saúde, 941 Médicos, 941 Enfermeiros, 941 Técnicos de Enfermagem (OLIVEIRA JÚNIOR, 2013).

Em relação à saúde bucal temos: 895 Equipes da ESB (888 Tipo 1; 7 Tipo 2), 861 Dentistas, 861 Auxiliares de Saúde Bucal (ASB), 7 Técnicos de Saúde Bucal (TSB), 51 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (33 Tipo 1, 5 Tipo 2, 13 Intermunicipais).

No que se refere aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), o estado do RN teve significativo aumento passando de 9 equipes em 2008 para 51 equipes em 2013 (33 do tipo 1, 05 do tipo 2 e 13 na forma de consórcios intermunicipais) e 245 profissionais especializados vinculados a esses NASFs. Apesar do grande salto, observa-se que, na maioria das vezes, o trabalho não se faz seguindo a filosofia do apoio matricial, havendo uma grande necessidade de discussão quanto ao seu real papel na rede (OLIVEIRA JÚNIOR, 2013).

Figura 7 – Estratificação da Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Norte



Fonte: Adaptado por Oliveira Júnior, 2013 (2013) dos slides da apresentação "Política de Atenção Básica e Vigilância em Saúde no contexto estadual".

Ao todo são aproximadamente 13.000 profissionais de saúde na AB, considerando apenas as estratégias da Saúde da Família (OLIVEIRA JÚNIOR,2013).

Em relação ao perfil epidemiológico, a observação do Coeficiente de Mortalidade Geral/1.000 hab, no RN, durante o período 2006-2010 revela um discreto declínio desse indicador do ano de 2009 para o ano de 2010, refletindo-se em 2011, denotando um impacto positivo nas ações e mecanismos desenvolvidos ao longo do ano relacionado à atenção à saúde. A Figura 7 mostra a estratificação da Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Norte e sua relação com dos indicadores de saúde.

3.2 TECEDURA DAS REDES TEMÁTICAS NO SUS/RN

Através da análise documental realizada no Plano Estadual de Saúde (PES/RN), (gestão 2012-215), pode-se comprovar que o processo de estruturação das Redes Temáticas, a partir da APS, faz parte de suas diretrizes prioritárias, tendo sido justificadas como prerrogativas do princípio da integralidade, conforme transcrito (RIO GRANDE DO NORTE, 2012, p. 37):

A integralidade significa a necessidade da continuidade da assistência a partir da Atenção Primária à Saúde. Além da dimensão horizontal da integralidade que incorporem ações práticas na assistência, os saberes da prevenção, proteção, cura e reabilitação, é preciso formatar as redes **temáticas de saúde**, resultando na formulação de um projeto terapêutico holístico e cidadão, cujas propriedades essenciais sempre serão do todo, uma vez que nenhuma das partes se possui isoladamente (grifo nosso).

De acordo com dados do PES/RN, foram priorizadas 5 (cinco) Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Estado: Rede Cegonha, Rede de Atenção Oncológica, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Rede de Urgência e Emergência.

Em 19 de julho de 2012 é publicada a Portaria GS/SESAP nº 220/2012, que dispõe sobre o Grupo Condutor Estadual das Redes Temáticas com o objetivo de conduzir o processo de implantação das RT a partir da planificação da APS no estado do RN.

Esse grupo foi criado com os seguintes objetivos, conforme seu 5º Artigo (RN, 2012, p. 2-3):

- mobilizar os dirigentes políticos do SUS em cada fase do planejamento e implantação das redes;
- apoiar a organização dos processos de trabalho voltados à implantação/implementação das redes no território estadual, de forma regionalizada;
- identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase;
- monitorar e avaliar o processo de implantação e implementação das redes no território estadual, de forma regionalizada;
- acompanhar as ações de atenção à saúde definidas para cada componente das redes.

As RASs priorizadas no PES/RN apresentam como eixos para a adequação no Plano Plurianual do RN o combate à pobreza, tendo como programa/projeto as Redes de Atenção Integral, Promoção e Vigilância à Saúde, e o Fortalecimento da Política da Assistência Farmacêutica no RN; e o eixo da Gestão para Resultados, tendo como programa/projeto o Planejamento, Qualidade e Excelência na Gestão Pública da Saúde.

O macro-objetivo é promover uma vida saudável, que compreende o acesso universal aos serviços de saúde de qualidade, à prática esportiva, promovendo um ambiental social harmônico e pacífico, apresentando como programas da Secretaria de Estado da Saúde Pública as Redes de Atenção Integral, Promoção e Vigilância à Saúde; a expansão e melhoria da estrutura física e tecnológica da saúde; Gestão de pessoas e da educação em saúde; Fortalecimento da Política de Assistência Farmacêutica no RN; e a Regionalização Solidária em Saúde. Conforme mostra Figura 8.

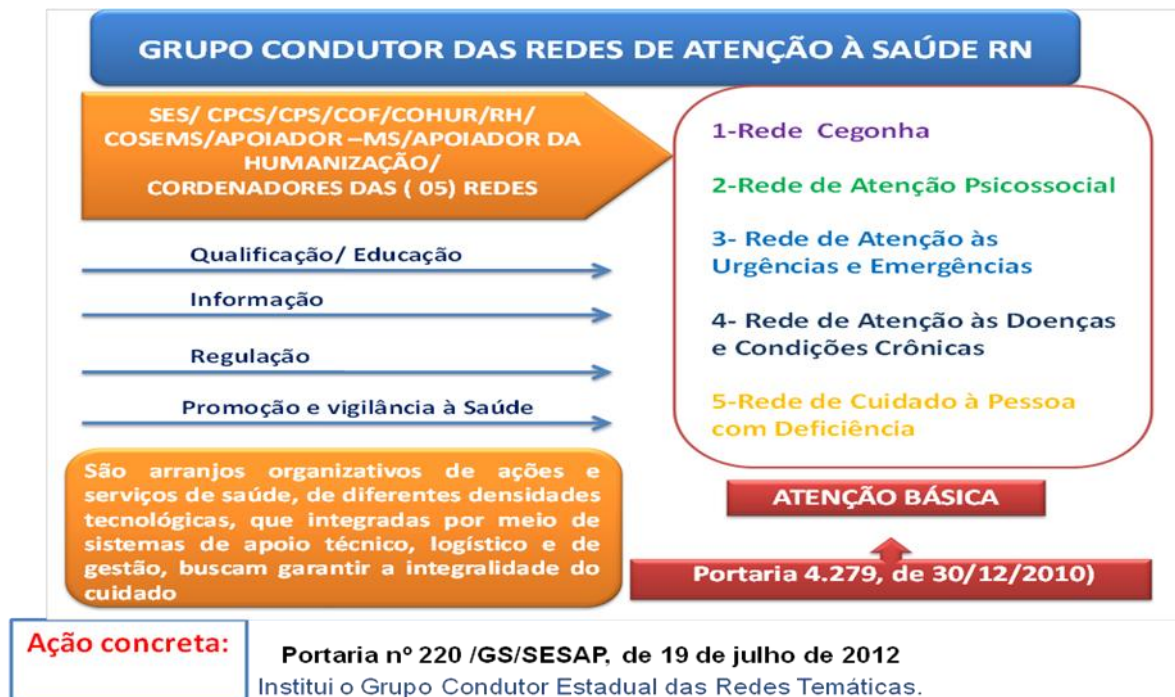
Figura 8 – Estruturação das Redes Temáticas no Rio Grande do Norte



Fonte: SESAP (2012).

Nesse processo de construção das RASs, a SESAP seguiu os preceitos das Portarias Ministeriais atendendo alguns requisitos tais como, e atender a alguns requisitos, tais como: Definição do território com a consolidação do Plano Diretor de Regionalização (PDR); Realização de diagnóstico situacional inerente às regiões de saúde; Definição das RASs prioritárias; Identificação dos serviços por nível de complexidade; Criação de Grupos Condutores; Mobilização de Apoiadores por Unidade Regional de Saúde Pública (URSAP); Articulação com as CIRs; Organização dos pontos de atenção e nós das RASs; Criação de Sistemas logísticos; Adequação do Plano Plurianual (PPA); Regulação e governança da RAS.

Figura 9 – Grupo Conductor das Redes Temáticas à Saúde no RN



Fonte: SESAP (2012).

A Rede Cegonha foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde diante da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha.

No Estado do Rio Grande do Norte, de acordo com os dados do PES – RN (RIO GRANDE DO NORTE, 2012), a Rede Cegonha teve a sua operacionalização realizada pelo

diagnóstico e homologação na CIB do desenho dessa Rede Temática, da contratualização da Rede Cegonha municipal, e da qualificação dos componentes e certificação da rede.

Após deliberação CIB/RN nº 722 de 20 de outubro de 2011, houve aprovação e homologação da matriz diagnóstica, a escolha da 7ª região de Saúde do RN (Grande Natal) como piloto para a implementação da Rede Cegonha no Estado, como também a instituição do grupo condutor da Rede Cegonha, através da Portaria GS/SESAP nº 072/2012 que altera a Portaria GS/SESAP nº 380/11.

Convém ressaltar que esse foi um momento frustrante para os atores envolvidos no processo de planificação da Atenção Primária em Saúde do RN, tendo em vista que não foi considerado todo o processo iniciado pelo Grupo condutor da Rede Materno-Infantil, instituído pela Portaria GS/SESAP nº 380/11, que, em parceria com o CONASS, priorizou a 6ª Região de Saúde (Pau dos Ferros), como projeto-piloto, já tendo realizado Oficinas de Planificação e implantação da Rede de Atenção Materno-Infantil.

Como continuidade do processo de implementação da Rede Cegonha no Estado do RN, o plano de ação da 7ª Região e as demais regiões a serem trabalhadas foram aprovadas na reunião Ordinária da CIB realizada no dia 16 de maio de 2012 (Deliberação 788/120 CIB/RN), definidas na seguinte sequência: 2ª, 6ª e 8ª regiões, com perspectiva para financiamento no corrente ano e as demais regiões, ou seja, 1ª e 4ª regiões, e 3ª e 5ª regiões de saúde respectivamente para o financiamento no ano de 2013.

Quanto à Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, esta foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013 (BRASIL, 2013). Tem como finalidade a atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e realizar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

No RN, no nível de atenção da Alta Complexidade, existe, como serviços habilitados nesta rede, o Hospital Dr. Luiz Antônio/Liga Norte-rio-grandense Contra o Câncer, o Hospital Infantil Varela Santiago/Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio Grande do Norte, o Natal Hospital Center S/C Ltda., o Hospital do Coração de Natal Ltda., e o Centro de Oncologia e Hematologia COHM (Mossoró). No RN teve-se como apoio a essa rede a formação de um grupo de estudo para construir instrumentos de captação da realidade

locorregional, avaliando a atenção à saúde Oncológica nas regiões (RIO GRANDE DO NORTE, 2012).

Já no que se refere à Rede de Atenção Psicossocial, sabe-se que esta é direcionada às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Tem como finalidade a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para seu público-alvo. Foi instituída no âmbito do SUS a partir da publicação da Portaria no dia 23 de dezembro de 2011, a partir da Portaria de nº 3.088.

De acordo com as informações apresentadas no PES/RN, no estado, a Rede de Atenção Psicossocial tem seu enfoque na atenção básica a partir da planilha de busca ativa e de acompanhamento das ações em Saúde Mental e Capacitação e Implantação da planilha de busca ativa 2011/2012. O RN, no ano 2011, teve 34 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) existentes, configurando a rede de serviços especializados para a Atenção Psicossocial. Outras ações são previstas para esse processo, como: projeto FNS – capacitação em álcool e outras drogas por região, implantação de leitos psiquiátricos, implantação de CAPS AD 24 horas (Natal), implantação de uma CAPS Tipo AD Regionalizado em cada região de saúde e uma Casa de Acolhimento Transitório (CAT), implantação do Consultório de Rua em Natal, elaboração de plano de enfrentamento ao crack, álcool, tabaco, e outras drogas, entre outros (RIO GRANDE DO NORTE, 2012).

No tocante à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, esta foi instituída diante da publicação da Portaria nº 739, de 24 de abril de 2012. Essa Portaria institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Aqui faz jus destacar que o Estado do Rio Grande do Norte foi o primeiro Estado no Nordeste e o terceiro do Brasil a aderir ao Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite. A assinatura do compromisso, pela governadora, ocorreu no dia 16 de maio com a presença da Ministra-chefe da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. O programa é baseado em quatro eixos de atuação: acesso à educação, atenção à saúde inclusão social e acessibilidade. Na Saúde, o Plano prevê a qualificação da Atenção Básica, fortalecimento das ações de habilitação e reabilitação (auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências) – com os Centros

Especializados em Reabilitação (CER), ampliação dos Centros de Especialidade Odontológica (CEO) e Oficinas Ortopédicas para ampliação ao acesso a órteses, próteses e Tecnologia Assistiva (RIO GRANDE DO NORTE, 2012).

Finalmente, a Rede de Atenção às Urgências no SUS foi instituída diante da publicação da Portaria nº 1600, de 7 de julho de 2011, onde reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). No Rio Grande do Norte, essa rede tem em sua composição a formulação de políticas e planejamento, gestão orçamentária e financeira no SUS, regulação organizada em três dimensões de atuação (regulação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde, regulação do acesso à assistência), além de monitoramento e avaliação. Tendo em vista a implantação dessas redes de cuidados no RN, a SESAP tem o papel de assegurar o compromisso com a melhoria da saúde da população, integração e articulação na construção das RAS do estado, com qualidade e eficiência para os serviços e para o sistema (RIO GRANDE DO NORTE, 2012).

Não resta dúvida que a modelagem e implantação dessas Redes Temáticas no estado do Rio Grande do Norte, apesar de estarem priorizadas no Plano Estadual de Saúde, são processos desafiadores e que envolvem decisão política, disputa de poderes e empoderamento local.

Nesse sentido, destacam-se os possíveis avanços, considerando a possibilidade de democratização do conhecimento; Descentralização integrada; Processos administrativos horizontais; Cooperação; Surgimento de novas lideranças; Planejamento integrado; Reconhecimento de dependências e interdependências; Conhecimento das múltiplas realidades; Respeito das diversidades socioculturais; Fortalecimento contra pressões externas; Aumento da eficiência administrativa e técnica; Otimização de recursos; Negociação/consenso; Valorização das relações de confiança e solidariedade e compartilhamento.

De outro lado, estão os desafios tendo em vista o risco de surgir situações na condução desse processo, ocasionando a descentralização concentrada; Fragmentação da autoridade; Desinteresse diante de novas informações e conhecimentos; Perda de controle dos processos; Perda da autonomia política dos mais fracos; Individualismo e personalismo; Conflitos permanentes; Negociação infundável; Cooptação dos mais fracos; Acomodação

diante das negociações; Falta de capacidade gerencial para novas atribuições; e excesso de controles diante da complexidade do sistema de rede e desequilíbrio de poder.

Enfim, só o tempo poderá afirmar como esse processo se dará na prática no estado do RN, de uma coisa estamos certos, apesar de atraso, agora já existem os aportes legais e instrucionais que regulamentam e orientam a operacionalização desse processo nos estados e municípios. Cabe tirá-lo do papel.

3.3 PLANIFICANDO ATENÇÃO PRIMÁRIA E TECENDO REDE TEMÁTICA DA 6ª REGIÃO DE SAÚDE

O Rio Grande do Norte, sendo um dos estados que consensuou o compromisso com o fortalecimento da APS e tendo em vista ter sido essa uma prioridade no plano de governo da gestão que ora assumia o poder (gestão 2011-2014), considerando ainda as relações institucionais com o Ministério da Saúde e Conselho Nacional de secretários estaduais de saúde, assumiu o desafio, com assessoria do CONASS, de iniciar o processo de planificação da APS.

Em abril de 2011 houve uma reunião com representantes do MS, CONASS, presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do RN (COSEMS/RN), e a gestão da SESAP/RN (secretário e secretária adjunta de estado da saúde e coordenadores). Foram firmados compromissos pela mudança do perfil de saúde no RN, em nome da qualidade da atenção à saúde e reafirmação da cidadania de seu povo, a partir de uma parceria entre SESAP, CONASS e MS, que visava o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e construção das Redes de Atenção à Saúde.

Dentre os compromissos firmados, encontrava-se a consultoria do CONASS para ministrar 11 Oficinas que contemplavam conteúdos sobre: APS; RAS e sua organização; Territorialização; Vigilância à Saúde e organização dos processos de trabalho em saúde; entre outras, extremamente pertinentes e oportunas. Tendo como balizador o material produzido pelo CONASS que orienta o formato das 11 oficinas (CONASS, 2011).

Para o exercício da planificação no estado, foi priorizada a construção da Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil, considerando que os indicadores de mortalidade materna e

infantil vêm apresentando valores elevados, sendo eles a maioria evitáveis, apontando para a necessidade da melhoria da atenção à mulher no período gravídico e puerperal.

Como região piloto, após análise técnica da SESAP, foi pactuado pela gestão que a região piloto para a experiência da planificação seria a 6ª Região de Saúde (Alto Oeste potiguar), por suas características sociogeográficas e sanitárias. É a região do estado com o maior número de municípios (37), com 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a mais distante da capital, Natal (média de 440 km).

A 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte localiza-se no território do Alto Oeste potiguar na área conhecida como tromba do elefante devido ao formato do mapa do estado. Perfaz um total de 244.016 habitantes, sendo seu polo regional o município de Pau dos Ferros. Abrange uma área territorial de 5.267 km² e densidade demográfica de 46,33 hab/km², é distante da Capital 396 km e representa 7,85% da população do Estado.

No Plano Diretor de Regionalização (PDR) do estado, 36 (trinta e seis) municípios compõem a região: Água Nova, Alexandria, Almino Afonso, Antônio Martins, Coronel João Pessoa, Doutor Severiano, Encanto, Francisco Dantas, Frutuoso Gomes, Itaú, João Dias, José da Penha, Lucrecia, Luís Gomes, Major Sales, Marcelino Vieira, Martins, Olho D'água dos Borges, Paraná, Pau dos Ferros, Pilões, Portalegre, Rafael Fernandes, Rafael Godeiro, Riacho da Cruz, Riacho de Santana, Rodolfo Fernandes, São Francisco do Oeste, São Miguel, Serrinha dos Pintos, Severiano Melo, Taboleiro Grande, Tenente Ananias, Umarizal, Venha-Ver e Viçosa (RIO GRANDE DO NORTE, 2012).

Figura 10 – Mapa da 6ª Região de Saúde do RN



Fonte: Oliveira Júnior, (2013).

O município com maior número de habitantes é o município de Pau dos Ferros, com 27.745 habitantes, que se configura como a principal cidade da região por concentrar maior número de serviços e órgãos públicos, onde está localizada também a sede do órgão administrativo descentralizado da Secretaria de Saúde pública do Rio Grande do Norte.

Localizado na região Sudoeste do estado, o território da 6ª Região de Saúde se limita ao Norte com a chapada do Apodi, com o Estado do Ceará ao Oeste e com o estado da Paraíba ao Sul e Leste. A região é banhada pela bacia hidrográfica Apodi-Mossoró, que tem como rio principal o rio de mesmo nome.

3.3.1 Contexto sanitário da 6ª Região de Saúde do RN

Dentre os indicadores de maior impacto na saúde e qualidade de vida da população destaca-se a taxa de mortalidade infantil. No RN verifica-se esse decréscimo quando avaliados os anos de 2002 com uma taxa de 21,20/1.000 nascidos vivos e 2009 com 14,1/1.000 Nascidos Vivos (NV), representando uma redução de aproximadamente 32%. No que diz respeito à 6ª Região de Saúde, em 2010 essa taxa atingiu o valor de 14,83 por 1000 NV, sendo, portanto, superior a do estado em 2009 (RIO GRANDE DO NORTE, 2012).

Em 2010, ocorreu um número absoluto de 52 óbitos infantis, destes, 41 foram no componente neonatal e 11 foram do componente pós-neonatal. A taxa de mortalidade infantil ficou no valor de 14,83/1000 NV. Calculando essa taxa apenas para o componente neonatal dos óbitos infantis, essa taxa ficou em 11,69/1000 NV e para o componente pós-neonatal atingiu o valor de 3,14/1000 NV. Os dados apontam a fragilidade que existe na assistência ao neonato, principalmente por conta da estruturação da rede (RIO GRANDE DO NORTE, 2012).

A média da fecundidade total, de acordo com o censo do IBGE (2000/2010), foi 2,56 na 6ª Região de Saúde. Os Nascidos Vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal perfazem uma média de 61,6% na Região (RIO GRANDE DO NORTE, 2012).

No ano de 2011 a média de gravidez na adolescência da região foi de 21,4%, no que se refere a partos cirúrgicos, a média na Região foi de 64% (SESAP, 2011). A média de

óbitos de Mulheres em Idade Fértil (MIF), no período de 2007 a 2011, apresenta uma tendência estável, com registro de 213 óbitos (RIO GRANDE DO NORTE, 2012).

Para a SESAP, na 6ª Região de Saúde, o que mais preocupa com relação à assistência materno-infantil é a fragilidade da rede de serviços, com uma estrutura que não oferece referência para pré-natal de alto risco, UTI neonatal, ou maternidade que acolha a gestante de alto risco dando resolutividade a sua intercorrência ou urgência obstétrica. Isso tem levado as gestantes da Região a peregrinarem para a capital do Estado, muitas vezes ela ou o bebê chegando a óbito por não ter tido o atendimento adequado em tempo hábil (RIO GRANDE DO NORTE, 2012).

No levantamento feito pela SESAP (RIO GRANDE DO NORTE, 2012), a região conta hoje com pelo menos um hospital de pequeno porte, de responsabilidade municipal ou do tipo APAMI em cada município com exceção dos municípios de Água Nova e Francisco Dantas. No município de Pau dos Ferros existe instalado o Hospital Regional Dr. Cleodon Carlos de Andrade, de administração estadual, o hospital oferece serviços de clínica médica e cirúrgica, bem como serviços de obstetrícia e urgência pediátrica, sendo que o hospital que é referência para internação em pediatria é a entidade filantrópica Hospital Dr. Nelson Maia.

Em relação à rede hospitalar, os dados da SESAP afirmam que os hospitais filantrópicos e municipais funcionam com precariedade, muito deles servindo apenas como pontos de observação, o que acaba sobrecarregando o Hospital Regional com transferências dos casos mais complexos e este também precisa contar com o apoio da Rede de Saúde de Mossoró (2ª Região de saúde) e de Natal (Região Metropolitana), por conta da baixa densidade tecnológica existente, bem como pelas limitações das equipes de especialistas (RIO GRANDE DO NORTE, 2012).

No que se refere à assistência obstétrica e neonatal, existe um agravante que é a carência da rede de serviços da 6ª Região de Saúde, que embora possua 37 maternidades, com 190 leitos obstétricos cadastrados, grande parte desses serviços estão em situação precária de funcionamento e outros estão desativados. Na realidade, a maior parte dos partos, considerados de risco habitual, está ocorrendo nas cidades de Pau dos Ferros, Alexandria e São Miguel, e alguns pequenos municípios onde um obstetra realiza cesarianas agendadas durante algum dia na semana (RIO GRANDE DO NORTE, 2012).

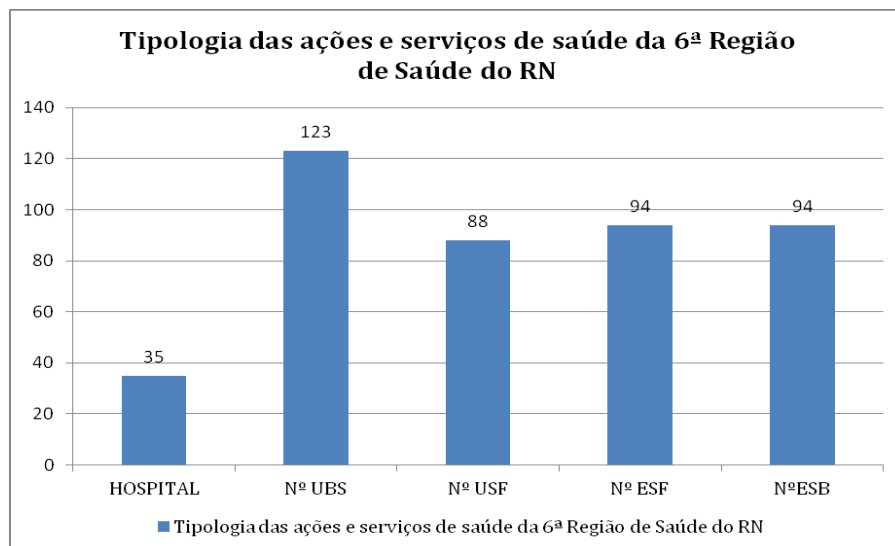
Os dados apresentados pela SESAP (RIO GRANDE DO NORTE, 2012) afirmam que dos 190 leitos obstétricos cadastrados, se encontram funcionando apenas os leitos das

idades de Alexandria, Almino Afonso, Antônio Martins, Encanto, Frutuoso Gomes, Pau dos Ferros, São Miguel e Tenente Ananias. A soma dos leitos dessas cidades perfaz um total de 98 leitos em funcionamento, sendo que, destes, 30 são destinados à obstetrícia clínica e 68 à obstetrícia cirúrgica.

O Relatório apresentado pela SESAP afirma ainda que além da falta de uma UTI neonatal, a assistência adequada ao neonato tem se tornado um obstáculo ao enfrentamento à mortalidade infantil e ao respeito à dignidade humana da parturiente e das crianças. Quando existem complicações com a parturiente ou com o recém-nascido, é necessário fazer uso dos serviços de Mossoró (2ª Região) e da Região Metropolitana, condicionada a existência de vagas nesses serviços, muitas vezes mãe e/ou bebê não resistem à viagem (RIO GRANDE DO NORTE, 2012).

No âmbito da Atenção Primária, a Região tem 598 Agentes Comunitários de Saúde, 94 Equipes de Saúde da Família, 94 Equipes de Saúde Bucal, 4 Núcleos de Apoio ao Saúde da Família – NASFs, 2 Centros de Especialidades Odontológica – CEO, 2 Centros de Apoio Psicossocial – CAPS, 30 Polos de Academia (OLIVEIRA JÚNIOR, 2013).

Figura 11 – Tipologia das ações e serviços de saúde da 6ª Região de Saúde do RN

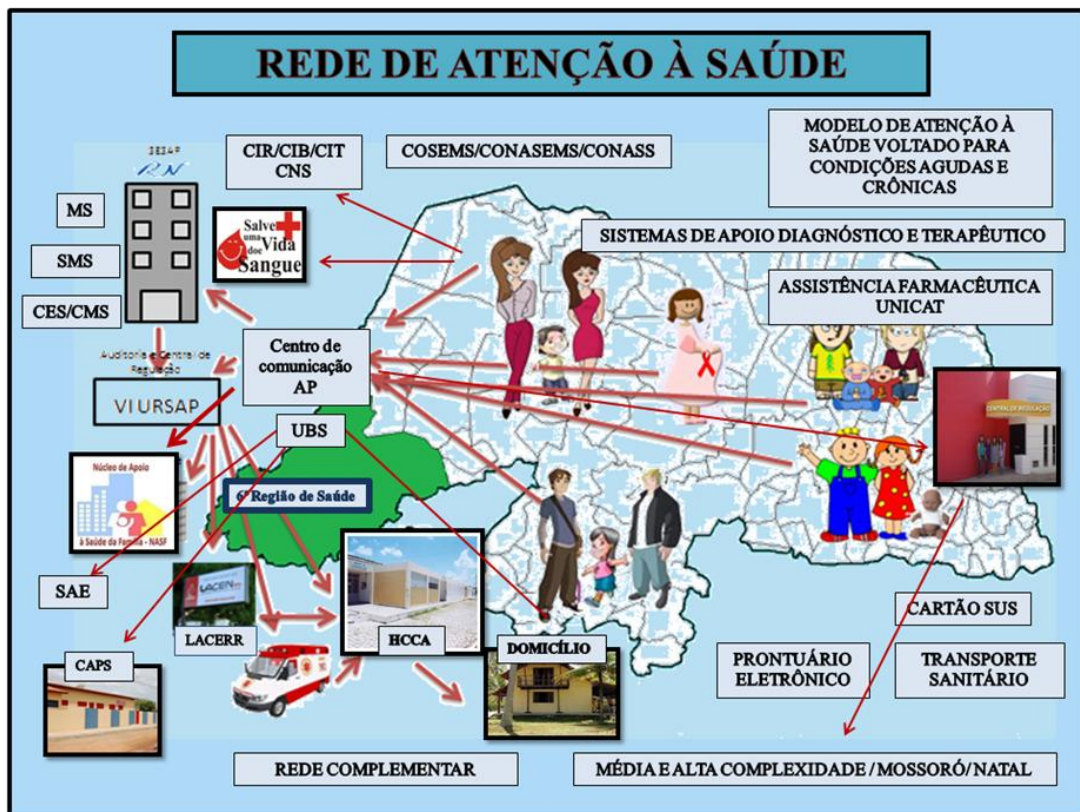


Fonte: Oliveira Júnior (2013).

3.3.2 Contexto da Planificação da Rede de Atenção Materno-Infantil na 6ª Região de Saúde

Em cumprimento ao acordo técnico firmado com o CONASS e MS, em abril de 2011, a SESAP iniciou o processo de seleção dos facilitadores e apoiadores institucionais para posteriormente realizar as oficinas preparatórias e pactuar com os municípios da 6ª Região de Saúde compromissos para operacionalização da **Rede de Atenção Materno-Infantil**.

Figura 12 – Elementos constitutivos da Rede de Atenção Materno-Infantil na 6ª Região



Fonte: Adaptado por Oliveira Junior (2013) dos *slides* da apresentação “Implantação da Rede Materno-Infantil na 6ª Região de Saúde”.

As 11 Oficinas de Planificação da Atenção Primária seriam ministradas pelo CONASS visando reorientar o Modelo de Atenção à Saúde para dar conta da tríplice carga de doenças que se acumula, conforme já fora visto em capítulos anteriores, num sistema cujas ações são centralizadas na doença e no indivíduo, de forma desarticulada e frágil.

A primeira oficina para a sensibilização e seleção de facilitadores ocorreu no período de 6 a 8 de junho de 2011, no Hotel Praiamar, em Natal-RN, tendo como público-alvo cerca de 80 técnicos de todas as áreas técnicas da SESAP e representantes das regiões de saúde. Como resultado, as representantes do CONASS selecionaram 25 facilitadores que foram capacitados nos dias 26 e 27 de julho, no Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde CEFOPE/Natal-RN.

A condução desse processo foi assumida pela Coordenadoria de Promoção à Saúde (CPS), com apoio da Coordenadoria de Planejamento e Controle de Serviços de Saúde (CPCS). Formou-se, então, um Grupo de Trabalho (GT), composto por 5 técnicos da Coordenadoria de Promoção da Saúde (CPS) e da 6ª Região de Saúde para o planejamento, revisão e organização dos materiais das oficinas.

A primeira reunião do Grupo Condutor aconteceu no dia 5 de agosto para preparar a oficina descentralizada para a 6ª Região de Saúde. No dia 15 de agosto, o grupo de 25 facilitadores reuniu-se novamente para os últimos encaminhamentos de preparação prévia da oficina.

3.3.3 Cenários das Oficinas Temáticas de Planificação na 6ª Região de Saúde/RN

Em 19 de agosto de 2011, na sede da VI Unidade Regional de Saúde Pública – VI URSAP, em Pau dos Ferros/RN, a proposta da Planificação da APS foi colocada na roda, numa conversa com os prefeitos e secretários de saúde dos 36 municípios da Região, como incremento preponderante para a construção das RASs.

Nessa mesma oportunidade, deu-se o pacto de alavancar o processo de construção da Rede de Atenção Materno-Infantil naquela Região, cuja realidade da atenção às mulheres no seu ciclo gravídico-puerperal e da criança no período neonatal tem sido a grande preocupação de gestores, profissionais e da própria população usuária do SUS. Os prefeitos e gestores ficaram animados com a possibilidade de transformar essa realidade. Era uma nova esperança que nascia com a planificação.

Conforme a Estratégia do CONASS, após Reunião com os gestores e capacitação dos facilitadores e apoiadores institucionais, iniciou-se em 2011 as “Oficinas de Planificação da Atenção Primária para implantação da Rede de Atenção Materno Infantil na 6ª Região”.

As Oficinas ocorreram no município de Pau dos Ferros, respeitando os intervalos entre elas que possibilitasse os 45 dias para dispersão após cada momento presencial de 16 horas por Oficina.

- **1ª Oficina da 6ª Região de Saúde/RN – 30 a 31/08/11: As Redes de Atenção à Saúde.** Houve participação de 104 pessoas – 78 técnicos e 36 gestores dos 36 municípios –, tendo sido conduzida por 8 facilitadores da SESAP (Nível Central), 6 facilitadores da própria região e 2 facilitadoras do CONASS.

Conteúdo: significação da situação de saúde, fundamentos da RAS, estrutura operacional, modelos de atenção e o processo de modelagem; **Metodologia:** Foi trabalhado em Grupos Interativos (GI) a conceituação de Sistemas de Saúde e Modelos de Atenção à Saúde, os GIs foram levados a refletir sobre a necessidade de transição entre o Modelo que trata das condições agudas, e que, atualmente, norteia a organização do SUS, para o Modelo de Atenção às Condições Crônicas que superaria a forma fragmentada e desarticulada com que são tratadas as questões de saúde para a construção das RASs; **Dispersão:** Como trabalho de dispersão, os gestores e técnicos representantes dos 36 municípios tiveram que construir as Matrizes Diagnóstica e Programática da Rede Temática de Atenção Materno-Infantil no município. Os facilitadores da 6ª Região ficaram encarregados de orientar a construção das matrizes e monitorar a entrega, estabelecendo uma relação constante de parceria com os municípios, no sentido de identificar as suas dificuldades e renegociar os prazos, adaptando-os às suas agendas de compromissos.

Convém ressaltar que no mês seguinte à 1ª Oficina Temática descentralizada, dia 27 de setembro, a SESAP, junto com CONASS, realizou uma Oficina específica para inclusão de novos facilitadores ao processo. O grupo de 25 foi ampliado para 41.

Abre-se aqui um parêntese para registrar um ganho político-administrativo no processo de planificação da Atenção Primária, quando em 29 de setembro 2011 é publicada a Portaria do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde – GS/SESAP de nº 380 que oficializa a criação do Grupo Condutor do Processo de Planificação da Rede Materno-Infantil na 6ª Região de Saúde do Estado do RN.

Dando continuidade ao relato processual da experiência de planificação na 6ª Região, destaca-se aqui um dos aspectos inovadores que foi a realização de uma Oficina de Produto para 42 técnicos e 13 gestores, nos dias 6 e 7 de outubro de 2011, o qual trouxe o resultado do trabalho de dispersão da Oficina 1 – Desenho da Rede Materno-Infantil. Sendo que cada município fez o seu, mas apenas 4 deles apresentaram. Na oportunidade, foi feita a releitura da Oficina 1 (RAS), com discussões para minimizar as dúvidas de alguns técnicos e gestores.

Em prosseguimento à planificação na 6ª URSAP, os municípios tiveram o prazo médio de 20 dias (entre 10 e 30 de outubro/11) para a realização das Oficinas descentralizadas em seus próprios territórios, para o que solicitaram o apoio dos seis facilitadores da 6ª Região de Saúde. Foi também renegociado o prazo para entrega dos trabalhos de dispersão. Apenas 21 dos 36 municípios concluíram e entregaram no prazo pactuado e as oficinas descentralizadas foram realizadas em 33 municípios (Oficina 1 – tema: As Redes de Atenção à Saúde).

Destaca-se, nesse contexto temporal, que, em 5 outubro de 2011, o MS lançou a Portaria GM Nº 650/11 que dispõe sobre os Planos de Ação Regional e Municipal da Rede Cegonha, aprovou repasse de recursos, monitoramento e avaliação. Na hora de decidir sobre qual região seria beneficiada pelo repasse de recursos para reestruturação da rede de serviços, a 6ª Região ficou de fora, sendo contemplada apenas no componente Atenção Básica, tendo sido escolhida a 7ª Região de Saúde, a Grande Natal. Com a deliberação e homologação na CIB dessa decisão, os gestores e técnicos da 6ª Região de Saúde, com quem se havia assumido o pacto de alavancar a construção da Rede Materno-Infantil, sentiram-se decepcionados e desprestigiados e isso provocou certo descrédito com a planificação.

Mesmo nesse clima de decepção, nos dias 24 e 25 de novembro de 2011 ocorreu a segunda Oficina de Capacitação dos Facilitadores da SESAP, no Centro de Formação de Pessoal para os Serviços de Saúde (CEFOPE), com o tema “Atenção Primária a Saúde e seus atributos”. Esta foi uma etapa prévia da 2ª Oficina de Planificação na 6ª Regional.

No dia 15 de dezembro de 2011, o Grupo Condutor se reuniu para planejar a Oficina II descentralizada para a 6ª Região de Saúde. Aconteceu o recesso de final de ano e nos dias 12 e 13 de março de 2012 o trabalho é retomado, com a terceira Oficina para os facilitadores, no CEFOPE, tendo sido ampliado para 62 o número de Apoiadores Institucionais capacitados no processo.

Exatamente no dia seguinte à realização da terceira Oficina de facilitadores (14 de março de 2012) é publicada a Portaria GS/SESAP nº 072/2012 que institui o Grupo Condutor da Rede Cegonha no RN, alterando a Portaria GS/SESAP nº 380/11 que criara, anteriormente, o Grupo Condutor da Implantação da Rede Materno-Infantil no RN.

Sob os efeitos negativos vivenciados pelos gestores da 6ª URSAP, com o impacto da decisão da SESAP em priorizar a 7ª Região de Saúde como plano-piloto para Rede Cegonha, se manteve a realização da 2ª Oficina Descentralizada de planificação da Rede Materno-Infantil na 6ª Região de Saúde, em Pau dos Ferros.

- **2ª Oficina da 6ª Região de Saúde/RN – 21 a 24/03/2012: A Atenção Primária à Saúde no Estado.** Participação de 48 técnicos, destes, 14 são gestores. Aqui já se percebe uma quebra na participação em relação à Oficina 1. Os trabalhos de dispersão só foram entregues por 21 municípios, considerando o prazo pactuado.

Conteúdo: Evolução do conceito de APS, os elementos constituintes e a realidade loco-regional; **Metodologia:** Foram trabalhadas em grupos as diferenças entre sistemas de saúde (suas formas de organização) e modelos de atenção à saúde. Discutido a lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégias que congregam a proposta de um Modelo de Atenção às condições crônicas, em um redesenho poliárquico de organização dos serviços (pontos de atenção e sistemas de apoio laboratorial, logístico e de governança), tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como o Centro de Comunicação da rede ou Redes Temáticas (estrutura operacional das RAS); **Dispersão:** análise da APS do município, elaboração de um plano de fortalecimento e propostas de articulação da APS e as ações de promoção à saúde.

O processo de dispersão dessa 2ª Oficina ficou prejudicado em função da fragilidade do contexto político-operacional em que seria elaborado o plano de fortalecimento e as propostas de articulação da APS e as ações de promoção à saúde.

- **3ª Oficina da 6ª Região de Saúde/RN – 03 a 06/06/2012 – Territorialização.** Participaram 55 técnicos, 9 facilitadores e 14 gestores, na qual foi debatido de, forma muito crítica, o território como o espaço geográfico, entendendo que pode haver vários desenhos, onde se concretiza de forma dialética a Atenção Primária à Saúde.

Conteúdo: O conceito de território e sua utilização em saúde, o objetivo e a elaboração de análise da situação de saúde, e a articulação com a vigilância à saúde; **Metodologia:** A metodologia da Oficina trouxe a conceituação da APS e seus atributos que foram aplicados em estudo de caso fictício. De forma crítica e reflexiva, os participantes, que

passaram a ser também facilitadores nos seus territórios, discutiram em grupos menores para depois apresentarem os resultados à plenária. Num momento posterior, os grupos reuniram-se novamente para a reestruturação da Atenção Primária no município do estudo de caso, relatando experiências profissionais e identificando novas formas de organizar os processos de gestão e de trabalho para fortalecer a APS naquela realidade. **Dispersão:** Os gestores e seus técnicos ficaram com a missão de elaborar e apresentar a territorialização das UBS/ESF nos seus municípios.

Essa terceira Oficina foi afetada por três aspectos fundamentais: decepção da 6ª Região em relação à Rede Cegonha; a SESAP passou por uma crise de gestão político-administrativa, orçamentária e estrutural, em que o cargo de secretário ficou em aberto entre 3 de maio a 6 de junho de 2012, com grande descrédito por parte de gestores municipais que precisam do apoio financeiro da SESAP, de prestadores, profissionais de saúde, da mídia e da população usuária; Período de transição política – eleições municipais para prefeitos e vereadores – que deslocou a atenção de gestores e técnicos.

Considerando os aspectos citados, ao perceber que não seria proveitoso insistir na realização das próximas oficinas naquele semestre, foi pactuado com a 6ª Região uma pausa para repensar o processo. Outro agravante é que houve também uma rotatividade muito grande dos técnicos participantes dos municípios da 6ª Região, condição que vai de encontro ao sentido de continuidade de construção de novos saberes e posturas, propostas pelas oficinas.

Esse foi o recorte contextual que servirá de análise para nossa pesquisa avaliativa construtivista, uma vez que em nosso estudo optou-se por uma avaliação de quarta geração, que é desenvolvida em ambiente natural onde as coisas acontecem, que considera elementos humanos, políticos, sociais, culturais e contextuais, onde o principal elemento é a “negociação” (GUBA; LINCOLN, 2011).

**COMPREENDENDO E NEGOCIANDO
OS “NÓS” DA PLANIFICAÇÃO:
SENTIDOS E SIGNIFICADOS**

4 COMPREENDENDO E NEGOCIANDO OS “NÓS” DA PLANIFICAÇÃO: SENTIDOS E SIGNIFICADOS

Neste cenário, optou-se por um método de pesquisa avaliativa de quarta geração que fosse capaz de considerar a variabilidade de olhares, interesses e perspectivas, ao invés de avaliar os objetivos, decisões e efeitos predeterminados e explicitados na proposta metodológica dos proponentes das Oficinas. Conforme sustenta Guba e Lincoln (2011, p. 17), nessa abordagem de avaliação, “os participantes são tratados como seres humanos e não como sujeitos da experimentação ou objeto de estudo”.

O caminho metodológico tomado foi de uma *abordagem responsiva construtivista*. Responsiva porque foi sensível às reivindicações e questões de Grupos de Interesse; e construtivista porque se baseou no paradigma construtivista para o qual a realidade é uma construção social, inclusive o objeto da avaliação (GUBA; LINCOLN, 2011).

Nesse sentido, seguiram-se os passos metodológicos da pesquisa avaliativa de quarta geração, propostos por Guba e Lincoln (2011): Construção do contrato de avaliação; identificação dos Grupos de Interesse; construção conjunta com os Grupos de Interesse, constituindo círculo hermenêutico, com ênfase nas Reivindicações, Preocupações e Questões (RPQ) dos interessados; confrontação das construções do grupo com RPQs construídas fora do grupo; análise de consensos e dissensos; negociação e reciclagem.

Conforme Guba e Lincoln (2011), as reivindicações são alegações que sejam favoráveis ao objeto de avaliação apresentadas por um interessado (*stakeholder*). As preocupações são as afirmações de interessados desfavoráveis ao objeto de avaliação. E as questões são pontos de discordância de posição entre sujeitos interessados na avaliação. Desse modo, as convergências de posição avaliativa entre os interessados podem se expressar como *reivindicações* ou *preocupações*. Já as divergências de posição entre esses sujeitos ou grupo se expressam como *questões*.

Ao fazer essa opção metodológica, assumimos o papel de *orquestrador* (GUBA; LINCOLN, 2011) desse processo de negociação que envolveu na construção do ‘contrato’ de avaliação as seguintes etapas:

- Negociação com o secretário de saúde do estado em relação à liberação de um percentual de carga horária mensal do profissional/pesquisador para atuação nas etapas da pesquisa avaliativa;
- Justificativa ao Ministério Público da necessidade de afastamento periódico do servidor/pesquisador para realização das atividades acadêmicas do mestrado em função do recém-instalado sistema de ponto eletrônico, fruto de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) imposto pelo o Ministério Público;
- Compromisso do CONASS em disponibilizar parte da logística de mobilidade do pesquisador nos encontros em Brasília, agendados pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, considerando seu interesse no produto da pesquisa.

A definição dos Grupos de Interesse partiu das posições institucionais que os sujeitos ocupavam à época da realização das Oficinas. A viabilidade de restabelecer contato com os sujeitos e contar com a sua participação nas etapas seguintes foi um critério limite para definição dos Grupos de Interesse que participariam do estudo. Dessa forma, tratando-se de pesquisa de mestrado profissional, definiu-se o grupo dos **‘gestores municipais’** e o grupo dos **‘facilitadores das oficinas’** como os dois grupos que concentravam os interesses dos proponentes diretos e dos beneficiários diretos das Oficinas, agregando-se a interferência do próprio pesquisador, como parte envolvida e interessada no processo avaliativo.

4.1 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO INTERATIVA COM OS GRUPOS DE INTERESSE (STAKEHOLDERS)

Para o estabelecimento dos processos de *construção coletiva* da avaliação, em cada grupo de interesse, propomos uma sequência de atividades individuais e grupais em duas rodadas. Os respondentes dos grupos interessados que representaram o universo dos participantes das Oficinas de planificação, seja como *gestores* ou *facilitadores* (apoiadores institucionais), foram selecionados pelo critério de inclusão de ter participado das três primeiras Oficinas ministradas pelo CONASS.

Em função do tempo transcorrido entre 2011/2012, quando as Oficinas foram vivenciadas, e 2013, quando foi realizada a pesquisa, no início da primeira rodada de cada

grupo de interesse, aplicamos um questionário semiestruturado individual (Anexo I), que teve duplo objetivo: 1) estimular a memória da vivência das oficinas; 2) explicitar e verificar o posicionamento inicial dos sujeitos sobre categorias de análise mínimas de interesse da pesquisa, quais sejam: conceito de APS, Redes de Atenção à Saúde, ferramentas de modelagem da Rede de Atenção Materno-Infantil, satisfação com a participação nas Oficinas, território e processo de Trabalho no SUS.

Após a aplicação do questionário individual, no mesmo encontro, realizado em 29 de setembro de 2013, foi aplicada técnica de *grupo focal narrativo* (MIRANDA *et al.*, 2010), no qual utilizamos *roteiro previamente elaborado* (APÊNDICE D) para estimular a participação em grupo e a emergência das RPQs.

A atividade de *grupo focal narrativo foi gravada em áudio*, após consentimento livre e esclarecido ser apresentado e lido em grupo e assinado por todos os participantes de acordo com Parecer aprovado pelo Comitê Ético de Pesquisa da Liga Norte-Rio-Grandense Contra o Câncer nº 351.578/13 (ANEXO A). O áudio da primeira rodada com cada um dos dois grupos interessados (gestores e facilitadores) foi transcrito. A partir da *transcrição do áudio do grupo focal da primeira rodada*, em cada um dos dois grupos, construímos uma *narrativa do grupo* (RICOEUR), conforme referencial proposto no qual o encadeamento dos fatos, das posições explicitadas no discurso expresso no movimento do grupo, procura corresponder mais ao tempo intensivo dos acontecimentos durante o grupo do que a sua sucessão cronológica. As posições do grupo interessado, na construção da narrativa, passaram pela nossa interpretação, fazendo falar nossa implicação (LOURAU, 2004), as vozes da tradição, nossos interesses também em jogo, de acordo com o referencial Hermenêutico (GADAMER, 2008). A intensidade e a ênfase na qual as RPQs são explicitadas em nossa narrativa propiciou, no processo de devolutiva dessa narrativa, durante a segunda rodada do mesmo grupo, a construção de uma validação coletiva das RPQs (OLIVEIRA, 2011).

Ainda antes da segunda rodada, fizemos confrontar diante de nós as duas narrativas de gestores e facilitadores, construídas a partir da primeira rodada de grupos focais narrativos. Construímos, então, uma narrativa pessoal, servindo-se do mesmo roteiro utilizado nos grupos focais narrativos, ou seja, geramos uma narrativa nossa.

Seguindo as indicações metodológicas da Hermenêutica-Dialética e da pesquisa avaliativa de quarta geração, a narrativa do pesquisador é um dispositivo que faz explicitar nos momentos de devolutiva, a visão de mundo e as interpretações da realidade, par e passo

ocorrem os procedimentos de pesquisa, constituindo os ciclos hermenêuticos de forma participativa e democrática.

A segunda rodada de grupos focais narrativos se desenvolveu em inicialmente com a leitura coletiva da narrativa correspondente (narrativa de gestores no grupo de gestores; narrativa de facilitadores no grupo de facilitadores), no mesmo grupo da primeira rodada. A partir dessa primeira leitura o grupo teve oportunidade de reescrever a narrativa, retomar a discussão inicial, rever posições, reafirmar posições, e complementar o texto. Encerrado este processo, apresentamos ao grupo nossa narrativa (a narrativa do pesquisador) e se iniciou mais um movimento de discussão e alteração da narrativa do grupo de interesse, gerando um material de análise comum.

Ao final da segunda rodada, o produto de cada grupo de interesse (gestores e facilitadores), tornou-se uma narrativa construída e validada coletivamente, incluindo nossa participação no processo de construção e validação. As RPQs destacadas e discutidas em cada grupo provocaram, de imediato, a possibilidade de ampliação da capacidade de análise e de intervenção do grupo sobre o processo vivenciado e suas consequências para a 6ª Região de Saúde – RN.

A confrontação das RPQs coproduzidas no processo constituiu o próprio processo de *círculo hermenêutico* (GADAMER, 2008), determinando a pertinência e a validade de modo construtivo e coletivo, incluindo conflitos, dissensos, interesses e possibilitando processos de negociação e construção de consensos fortes em dimensão pública.

Figura 13 – Círculo hermenêutico-dialético (Processo no interior do Círculo)



Fonte: Guba; Lincoln (2011, p. 169).

Assim, considerando o contexto complexo de implantação da Rede de Atenção Materno Infantil naquela região, as relações de poder em jogo e a dinamicidade do processo, um círculo de negociação foi iniciado para elaboração de uma agenda junto ao grupo de interesse.

Os analisadores avaliativos construídos foram aproveitados pelos Grupos de Interesse, servindo para disparar novos processos avaliativos em períodos posteriores, reciclando o processo avaliativo e contribuindo para ampliação e fortalecimento de uma cultura de participação e de avaliação das ações em saúde na 6ª Região de Saúde.

Ao final, considerando o caráter vicariante da experiência, optamos por descrevê-la em forma de relatório que delinea a construção conjunta, colaborativa.

4.2 ANÁLISE DAS CONSTRUÇÕES DOS GRUPOS DE INTERESSE: PROCESSO HERMENÊUTICO-DIALÉTICO

A opção pela análise das narrativas de forma hermenêutico-dialética se deu em função do paradigma construtivista que embasa a avaliação de quarta geração, tendo em vista que o processo envolve intersubjetividade e objetivação humana, sem fazer dicotomias entre as ciências da natureza e as humanas e sociais. Para Guba e Lincoln (2011, p. 102 e 103),

O processo é hermenêutico, no sentido de que seu objetivo é desenvolver construções mais aprimoradas (conjuntas/articuladas), um significado que esteja intimamente associado ao emprego mais tradicional do termo para designar o processo de desenvolvimento de interpretações cada vez mais esclarecidas de textos históricos ou consagrados. É dialético no sentido de que envolve a justaposição de ideias conflitantes, forçando a reconsideração de posturas anteriores.

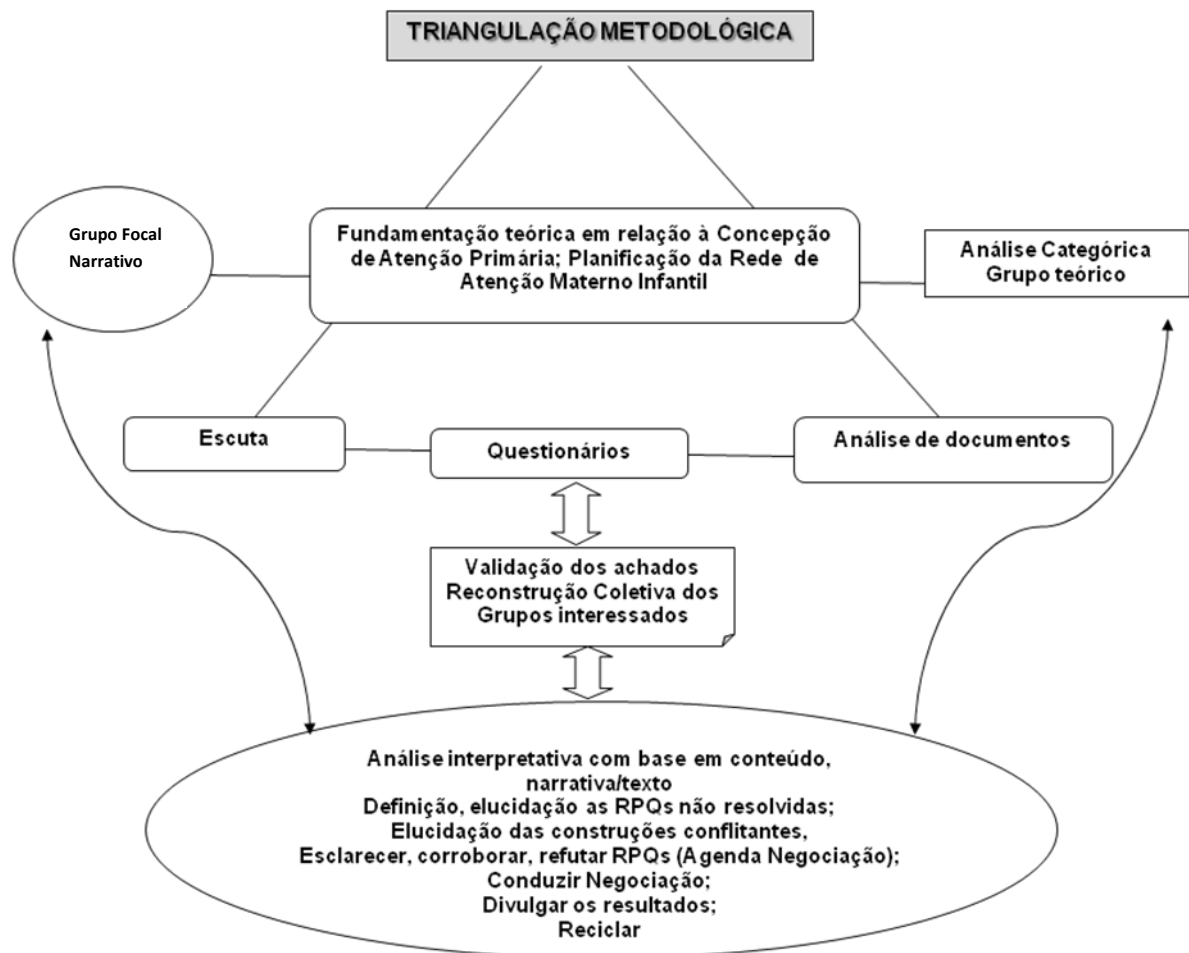
Destarte, os achados da pesquisa foram frutos de um caminho metodológico interativo vivencial onde as reivindicações, preocupações e questões (RPQs) dos Grupos de Interesse (Gestores Municipais e Facilitadores Institucionais) foram utilizadas como **elementos organizadores** e o sistema de crença construtivista como **gerador metodológico**. As construções foram conjuntas, colaborativas e compartilhadas, considerando as informações/contribuições dos Grupos de Interesse. Nesse sentido, o processo avaliativo

empoderou os Grupos de Interesse possibilitando-os a expressão de significados e sentidos construídos e reconstruídos coletivamente.

A análise aconteceu no mesmo ritmo em que foram co-produzidos os dados de pesquisa, gerando agenda cada vez mais complexa para orientar a co-produção dos dados subsequentes. Pode-se perceber neste contexto a implicação do grupo de interesse, cujas construções surgem como produção de subjetividade.

Para análise das construções frutos de fatos e fenômenos em movimento, conectados e em constante transformação e como pesquisador desse processo nos aportamos de uma triangulação metodológica hermenêutico-dialética (Figura 14).

Figura 14 – Esquema do processo hermenêutico-dialético elaborado pelo autor



Fonte: Adaptado de Oliveira Junior, (2013).

Foram consideradas como categorias de análise: a *percepção sobre Atenção Primária*; análise da utilização das *ferramentas de Planificação no processo de Modelagem da Rede Temática*; *Nível de satisfação em relação à metodologia das Oficinas de Planificação*.

4.2.1 A percepção sobre Atenção Primária

Na apresentação da Documenta 23 do CONASS (2011, p. 11), que orienta as Oficinas de Planificação da APS nos estados, destaca-se de início a sua essencialidade: “Atenção Primária à Saúde (APS) organizada e exercendo o seu papel resolutivo e coordenador do cuidado dos usuários no território de sua responsabilidade é fundamental para a conformação de redes de atenção à saúde”.

Depois de percorrido o círculo hermenêutico, resultante das questões iniciais respondidas pelos participantes das Oficinas, surgiram construções conjuntas emergentes de significativa importância para os grupos, no que se refere ao contexto vivificado das Oficinas de Planificação. Foram ampliadas essas construções dos grupos interessados (Gestores e facilitadores) por meio de novas informações com maior nível de esclarecimentos.

De uma forma geral, considerando as respostas dos questionários aplicados, tanto na ótica dos gestores como dos facilitadores, a visão em relação à Atenção Primária é ampliada (Quadro 1).

Quando consultamos nosso referencial teórico (STARFIELD, 2011; BRASIL, 2011e), podemos identificar que, tanto por parte dos gestores como dos facilitadores, há conhecimento dos atributos, fundamentos e diretrizes da APS. Nas análises das posições dos respondentes pode-se certificar a importância e significação dada a esse nível de densidade tecnológica no sistema de saúde.

Ao final da rodada avaliativa em relação à questão inicial, que se refere a como os gestores e facilitadores percebem a Atenção Primária à Saúde, tanto gestores como facilitadores compreendem a amplitude do cuidado à saúde no âmbito da Atenção Básica. No entanto, novas questões são desdobradas para serem negociadas na agenda de construção coletiva.

Quadro 1 – Construção do Círculo hermenêutico-dialético em relação à percepção dos gestores e facilitadores sobre Atenção Primária

	Relato Grupo 1 (Facilitadores – Apoiadores SESAP)	Relato Grupo 2 (Gestores Municipais)
Questão inicial	1. Qual sua percepção sobre Atenção Primária?	
Questões desdobradas	<p><i>É o primeiro nível de atenção, porém onde tem menos investimento;</i></p> <p><i>A ordenadora de todo o sistema na teoria, mas na prática ainda não exerce esse papel efetivo;</i></p> <p><i>Principal porta de entrada do sistema, mas não garante acesso;</i></p> <p><i>É o nível de atenção que define território, mas a maioria dos profissionais não está capacitada para realizar essa territorialização;</i></p> <p><i>Deve ser a ordenação do acesso, na perspectiva da longitudinalidade da atenção à saúde, porém há dificuldade de formação de vínculo pela dificuldade de fixação de profissionais.</i></p>	<p><i>Atenção primária como nível de atenção essencial para desenvolver ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação à saúde, mas ainda é pouco resolutive;</i></p> <p><i>Onde se conhece de perto as diferenças econômicas, sociais, culturais e o perfil epidemiológico da população, mas as equipes não se apoderam dessas informações para o planejamento em saúde;</i></p> <p><i>Onde se desenvolve o cuidado por equipes multidisciplinares, no entanto, não existe ainda uma estabilidade para esses profissionais;</i></p> <p><i>O subfinanciamento das ações de APS e pouca estruturação das redes temáticas para dar suporte;</i></p> <p><i>Apesar do PMAQ a avaliação ainda é muito pontual e desvinculada do desempenho de qualidade.</i></p>

Ao participarem do *Grupo Focal Narrativo a questão 1, foi elucidada*, os grupos de interessados apontaram emergência de construções conjuntas, desenvolvidas a partir de suas construções originais nas entrevistas individuais do círculo.

Ao final do tratamento e análise minuciosa das entrevistas dos respondentes e das gravações transcritas dos grupos focais narrativos, mantendo a concepção analítica do círculo hermenêutico-dialético, identificamos as questões desdobradas e, baseado no que foi consensuado, fizemos uma narrativa nossa sintetizando o que os grupos entendiam por Atenção Primária.

Quadro 2 – Síntese da análise narrativa do pesquisador em relação à percepção que os Grupos de Interesse têm em relação à APS

Questão: O que vocês entendem por atenção Primária?	
Análise das Narrativas	<i>Para eles, a Atenção Primária hoje está na gênese das discussões, da mudança do modelo de atenção à saúde, constituindo-se como um modo de fazer em saúde que parte da identificação dos problemas e necessidades da população nos seus territórios. Foi consenso que sua real importância consiste no planejamento estratégico de ações de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, com coordenação do cuidado por equipes multidisciplinares e ordenação do acesso, na perspectiva da longitudinalidade da atenção à saúde.</i>
Consensos	

Finalizada então a 1ª rodada de grupos focais narrativos, foram destacadas pelos gestores como RQPs:

- O pouco investimento de recursos do estado na APS;
- A falta de prioridade política nas ações desse nível de densidade tecnológica em relação à média e alta complexidade,
- A desvalorização dos servidores que atuam na APS;
- Precarização dos vínculos trabalhistas;
- Pouco apoio para fixação de profissionais naquela região já que é a mais distante da capital.

Essas RPQs foram validadas na 2ª rodada de grupos focais narrativos, com total concordância do grupo e acrescentada outra *Questão-Q* em relação à viabilidade do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP), recém-concluído no estado.

Essa Questão não foi elucidada, nem resolvida, pois ainda não se sabe até que ponto o COAP será, na prática, viabilizado, passando a fazer parte da pauta da agenda de negociação de reivindicações.

4.2.2 Análise da utilização das ferramentas de Planificação no processo de Modelagem da Rede Temática, na ótica dos Facilitadores – Apoiadores Institucionais

Ao nos reportamos ao Documenta 23, material produzido pelo CONASS para orientar as Oficinas, identificamos sua posição institucional sobre o processo de Planificação: “Para que a APS exerça de fato o seu papel estratégico, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) está propondo a sua planificação, aqui entendida como um processo de planejamento da atenção à saúde que considera todas as suas etapas” (CONASS, 2011, p. 11).

Como vimos, no contexto da 6ª Região de Saúde – RN, um dos objetivos das Oficinas de Planificação da Atenção Primária em saúde, ministrada pelo CONASS, era capacitar os gestores e técnicos do nível local para atuarem na modelagem da Rede de Atenção Materno-Infantil.

Nesse sentido, foram lançadas questões para analisar como os grupos interessados avaliam esse processo. As três Questões Geradoras em relação à percepção dos grupos no que diz respeito ao processo de planificação serviram para iniciar esse segundo círculo de construções conjuntas dentro dos grupos. As questões se referiram a variáveis relacionadas à influência que as Oficinas de Planificação tiveram no âmbito do processo de planejamento em saúde na região, a como o grupo percebia a metodologia utilizada durante as Oficinas de Planificação e, por fim, como os conteúdos ministrados nas Oficinas poderiam ter influenciado o processo de estruturação da Rede de Atenção Materno-Infantil da 6ª Região de Saúde.

Quadro 3 – Construção do Círculo hermenêutico-dialético em relação à percepção dos gestores e facilitadores sobre as Oficinas de Planificação

	Relato Grupo 1	Relato Grupo 2
Questões iniciais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Qual a influência da realização das Oficinas para o processo de planificação na região? 2. Como são avaliadas as ferramentas metodológicas apresentadas nas oficinas da Planificação? 3. Como os conteúdos abordados durante as três Oficinas de Planificação da APS influenciaram na modelagem da Rede Materno-Infantil? 	
Questões desdobradas	<p>O processo de planificação proporcionou capacitação para atuar no território, porém, na prática, essa ferramenta ainda é fragil;</p> <p>Os resultados dos produtos das Oficinas foram utilizados para a construção do plano da rede cegonha e não da Rede Materno-Infantil;</p> <p>Planificação da APS: Teoria compreendida, mas a causa não foi abraçada.</p> <p>Faltou decisão do gestor estadual para o processo acontecer;</p> <p>Os trabalhos de dispersão que era a ferramenta metodológica para efetivar a planificação não aconteceram na sua plenitude;</p> <p>Falta também a autonomia dos gestores municipais de saúde;</p> <p>As Oficinas possibilitaram compreender a importância da utilização de ferramentas metodológicas para a consolidação dos processos de trabalho a serem desenvolvidos na prestação de serviços na APS;</p> <p>As ferramentas são ótimas, práticas, dá segurança ao aprendizado, no entanto, só serão colocadas em prática se tiver decisão política;</p> <p>Material didático excelente, mas podendo ficar engavetado se não for institucionalizado pela gestão.</p>	<p>As oficinas oportunizaram momentos de educação permanente que levam à reflexão sobre práticas e posturas, no processo de trabalho em saúde, muitas vezes enrijecidas por formas pontuais e cartoriais de conduzir;</p> <p>Ampliou e criou um novo olhar sobre a importância do planejamento em saúde, levando a identificar a fragilidade nesse processo no âmbito dos municípios;</p> <p>Incentivou os gestores e profissionais de saúde a refletirem sobre sua realidade local, e tornarem-se multiplicadores desse aprendizado;</p> <p>Os profissionais do município passaram a compreender melhor, diante dos exercícios de dispersão realizados, porém esses aprendizados precisam fazer parte da rotina diária;</p> <p>Oportunizou levantamento da capacidade instalada no município e a real necessidade por meio do dimensionamento, no entanto, não deve ser uma prática pontual só da Oficina;</p> <p>Foi um despertar do protagonismo dos gestores e trabalhadores do SUS na 6ª Região;</p> <p>Construção de uma matriz programática que se tornou modelo para o processo de planificação nas demais regiões do estado;</p> <p>As oficinas foram um disparador na região para se estimular a implantação da Rede Cegonha na Região;</p> <p>Oportunizaram fundamentação Teórica e referência bibliográfica em relação à APS;</p> <p>O exercício da modelagem da Rede Materno-Infantil deu subsídios para o entendimento da lógica da modelagem de outras redes temáticas.</p> <p>Compromisso da SESAP/CPS em manter o calendário, mobilização dos gestores e toda infraestrutura que facilitou sua execução (local, ambiência, material didático, metodologia, etc.).</p>

Ao analisar as falas dos respondentes em relação às Questões iniciais, feito a análise interativa entre as entrevistas e gravações do Grupo Focal Narrativo, identificou-se as RPQs feita pelos Grupos de interessados (Gestores municipais e Facilitadores) em relação às tres variáveis de qualidade das Oficinas, listou-se as questões desdobradas e, baseado no que foi consensuado, fizemos uma narrativa nossa, sintetizando como os Grupos de Interessados analisam o processo de modelagem da Rede Temática de Atenção Materno-Infantil na 6ª Região de Saúde.

Quadro 4 – Síntese da análise narrativa do pesquisador em relação à percepção dos gestores e facilitadores sobre as Oficinas de Planificação

Questão: Como o grupo analisa o processo de modelagem da Rede Temática de Atenção Materno-Infantil na 6ª Região de Saúde?	
Análise das narrativas dos facilitadores Consensos	<i>Existiu o Consenso no sentido de que as ferramentas de Planificação no processo de modelagem disponibilizado pelas Oficinas, permitiram-lhes se apropriar de conceitos importantes para a construção da rede, como economia de escala, parâmetros de atenção ao binômio materno-infantil e acesso. Concordam coletivamente com a afirmação de que a metodologia desse processo é bastante empolgante, capaz de gerar interesse a todos na busca de mais conhecimento sobre os assuntos discutidos. Destacaram ainda que os produtos das oficinas foram utilizados na construção do plano da Rede Cegonha, quando conseguiram alocar os serviços com base nesses conceitos.</i>
Análise das narrativas dos gestores Consensos	<i>A análise dos gestores quanto ao processo ocorreu de maneira bastante singular. Todos entram em consenso ao analisarem o processo de maneira positiva, citam que a visão adquirida com as mesmas ampliou o entendimento deles quanto aos serviços e até mesmo facilitou quanto a sua atuação. Sentiram-se valorizados e reconhecidos com esse processo no momento em que foram escolhidos como região piloto para implantação do projeto, gerando um sonho coletivo com o funcionamento desta rede.</i>

A partir da triangulação dos dados produzidos, foi possível, na 2ª rodada dos grupos focais narrativos, validar os achados da 1ª Rodada e acrescentar algumas RPQs:

- Para os facilitadores (Apoiadores Institucionais), a compreensão quanto à proposta de fortalecimento da APS aconteceu, mas não houve a adesão de gestores e profissionais ao exercício da teoria compreendida durante o processo, no momento da aplicação da proposta.

- Destacam que sempre procuraram discutir e orientar os gestores com base na proposta da planificação, nas reuniões técnicas, nas reuniões das comissões intergestores regionais, na discussão do pacto, mas a causa não foi abraçada, de modo que ficou difícil encontrar exemplos de aplicação prática da planificação da APS.

De uma forma geral, é possível observar a frustração dos facilitadores ao se depararem com a não operacionalização, na prática, do processo de planificação apreendido durante as oficinas.

Diante daquele contexto percebido por nós, uma nova Questão (Q2) foi lançada ao grupo focal narrativo no momento dessa 2ª rodada: *As ferramentas não foram aplicadas pelos gestores por desconhecimento ou seria por falta de adesão da própria gestão ao processo?*

A resposta gerou uma elucidação de construção conflitante, pois veio à tona vários aspectos que corroboraram com as RPQs apresentadas. Observa-se aí a questão do poder político interferindo no cenário ora avaliado. Era fato que, com a mudança do gestor estadual durante a fase de realização das Oficinas, houve uma solução de continuidade no processo, fragilizando a adesão e execução das etapas de modelagem proposta pelo CONASS.

Como se pode observar, nesse momento, surgem discordâncias entre os grupos à medida que cada um faz a análise a partir da sua ótica de interesse. Destarte, nosso papel nesse momento é de possibilitar esse confronto de forma ampliada, fazendo-os refletirem sobre os fatores que estão interferindo para aquela realidade.

Ou seja, como aponta Guba e Lincoln (2011, p. 65): “O efeito da confrontação deve ser testemunhado para ser avaliado com precisão, visto que produz uma rápida mudança nas construções dos grupos, e, se não resultar em consenso, no mínimo revelará os vários pontos de vista como uma clareza cintilante”.

Ao serem levados a refletir sobre os aspectos que influenciaram aquele falta de compromisso com a planificação da Rede de Atenção Materno-Infantil, chegou-se ao consenso que os gestores municipais se sentiram traídos e desmotivados ao saberem que a 6ª Região de Saúde, mesmo tendo sido escolhida como piloto para implantação da Rede de Atenção Materno-Infantil, não seria mais piloto para Rede Cegonha. O que significava perda de investimentos humanos, físicos e financeiros para aquele projeto que ora havia se iniciado.

Foi possível, então, fechar o círculo através das informações e esclarecimentos feitos, o que gerou uma construção emergente coletiva dos grupos, no sentido de entenderem qual foi o “fator desencadeante” daquela RPQ.

Chegado ao consenso sobre sua influência na autoestima, autonomia e empoderamento daqueles gestores, as RPQs não elucidadas passaram a fazer parte da agenda de negociação dos Gestores que compõem 36 municípios da 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte.

4.2.3 Nível de satisfação em relação à metodologia das Oficinas de Planificação

De acordo com o Documenta 23 (CONASS, 2011), a proposta metodológica das Oficinas de Planificação foi organizada em duas partes: no primeiro momento, a equipe do CONASS capacitou as equipes gestoras estaduais para a realização das oficinas no estado, no âmbito das regiões de saúde; no segundo momento, a equipe estadual, a seu critério, reproduziria as oficinas para as equipes regionais e municipais.

Por motivos que já foram relatados anteriormente, nesse círculo hermenêutico-dialético, a análise só considerou as três primeiras Oficinas das 11 que o CONASS se comprometeu em realizar no processo de Planificação da 6ª Região de Saúde Estado do RN.

Nesse sentido, os passos metodológicos se repetiram, foi possível analisar as construções conjuntas dos interessados criando mais um círculo hermenêutico-dialético exposto no Quadro 5.

Para identificação e elucidação das RPQs no tocante a essa variável em análise, foi utilizada como ponto de partida, três questões iniciais:

- A avaliação da modelagem da Rede Temática de Atenção Materno-Infantil na 6ª Região de Saúde do Rio Grande do Norte;
- O registro dos pontos fortes e dos pontos fracos identificados pelos respondentes, membros dos Grupos de Interesse (Facilitadores e gestores), do processo de trabalho das Oficinas para o processo de planificação da 6ª Região de Saúde/RN;
- Foi oportunizado o grupo comentar sobre os aspectos que influenciaram o processo de Modelagem da Rede na 6ª Região de Saúde do RN.

Quadro 5 – Construção do Círculo hermenêutico-dialético em relação à metodologia das Oficinas de Planificação da Rede Materno-Infantil na 6ª Região de Saúde

	Relato Grupo 1 (Facilitadores – Apoiadores SESAP)	Relato Grupo 2 (Gestores Municipais)
Questões iniciais	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como o grupo analisa o processo de modelagem da Rede Temática de Atenção Materno-Infantil na 6ª Região de Saúde do RN 2. Comentem as fortalezas e fragilidades do processo de trabalho das Oficinas Temáticas 3. Comentem os aspectos que influenciaram o processo de Modelagem da Rede na 6ª Região de Saúde do RN 	
Questões desdobradas	<p>A primeira Oficina muito conceitual, porém necessária, a segunda já possibilitou uma análise da APS na região, e terceira, território, mostrando que somos capazes de intervir e provocar mudanças significativas;</p> <p>A empolgação inicial com o processo foi apagada pela falta de ânimo de gestores e profissionais na 3ª oficina.</p> <p>A metodologia foi de qualidade, apesar de não ter havido continuidade do processo na região devido a problemas de ordem política e estruturais.</p> <p>O método abriu horizontes para trabalhar a planificação com um olhar diferenciado;</p> <p>Levou os atores locais a olhar para sua região e reconhecê-la, com uma visão mais aguçada;</p> <p>Metodologias das Oficinas são bastante oportunas devendo ser disseminadas para outras regiões de saúde;</p> <p>Excelente, com a presença de sistemas logísticos, de governança, de apoio e diagnóstico, ou seja, uma estrutura operacional bem organizada;</p> <p>Bastante positiva sequência lógica, necessária que se complementam. No entanto, precisa ser operacionalizada permanentemente.</p>	<p>Houve Influência Política nas decisões do processo, fragilizando o processo de negociação e descentralização na Região;</p> <p>Foi muito Produtiva. Os conteúdos foram excelentes para por em prática nos municípios, precisa ter a logística para isso;</p> <p>Fomos atropelados, deixando a desejar e até mesmo de realizar, principalmente por ser ano da campanha política.</p> <p>Foi muito positiva, porque estimulou o aprendizado em equipe e o esforço para colocar em prática o conteúdo discutido e aprendido.</p> <p>Ótimo! Principalmente com a 3ª oficina. Foram instrumentos importantíssimos para nossa gestão, nos deu suporte técnico nos fortalecendo. Porém, as circunstâncias políticas do momento frustrou o processo.</p> <p>Ampliou a nossa visão de como trabalhar melhor a APS. Nos deixou motivados;</p> <p>De grande valia, porque a partir dessas oficinas organizamos o nosso planejamento focado nas necessidades práticas da APS.</p> <p>A oficina foi atropelada pelo processo eleitoral, o que não deu continuidade na prática;</p> <p>Através delas podemos assegurar a atenção no domicílio, nas UBS, nos hospitais; iniciando no municipal e, dependendo do agravo, nos hospitais regionais, devemos levar em conta os protocolos clínicos;</p> <p>Muito bom, nos apoderamos de novos instrumentos de planejamento local e entendemos a importância da Informação como orientadora da decisão;</p> <p>Nos deixou atualizados em relação às questões do nosso sistema de saúde, nos tornamos empoderados.</p>

Além de percorrer o círculo hermenêutico das construções conjuntas geradas por dentro dos grupos, sendo possível identificar as questões desdobradas em relação às metodologias das Oficinas, passamos para o momento seguinte de identificação das

Reivindicações, Preocupações e Questões resolvidas por consenso. Essas RPQs foram selecionadas e expostas através de uma narrativa nossa (Quadro 6).

Quadro 6 – Síntese da análise narrativa do pesquisador sobre os consensos em relação às Oficinas de Planificação da 6ª Região de Saúde/RN

Questão 3: Como avaliam as Oficinas de Planificação?	
Análise das primeiras narrativas dos facilitadores Consenso	<i>Foi consenso a visão positiva em relação ao preparo prévio das oficinas, no sentido de solicitar informações dos municípios aos participantes como base para o que seria discutido, fazendo com que todos estivessem instrumentalizados para trabalhar com a realidade local. Outro ponto positivo citado em consenso pelos facilitadores foi o planejamento das oficinas, que possibilitou material para estudo como apoio para esse bom planejamento. Além disso, quatro facilitadores dão ênfase à metodologia utilizada, relatando ser envolvente e contagiante. E outros quatro concordam que outro ponto forte neste trabalho foi a grande participação dos municípios nas duas primeiras Oficinas.</i>
Análise das primeiras narrativas dos Gestores Consenso	<i>Foi consenso pelos gestores a visão de que a participação deles nas Oficinas interferiu diretamente no processo de modelagem da Rede de Atenção na Região; a metodologia utilizada como ponto forte do processo de trabalho. Alguns complementam que era uma metodologia dinâmica, já outros que ela permitia a comparação entre teoria e realidade na qual eles viviam naquele momento em seus municípios; a condução do processo conta com a presença das técnicas do CONASS, havendo assim uma mudança com o caminhar da oficina, tendo em vista que elas prenderam a atenção dos participantes, assim como a vivência delas em outras oficinas pelo Brasil foi bastante importante para esse processo.</i>

Fonte: Oliveira Junior, 2014.

Assim, pode-se concluir na 1ª rodada do Grupo focal narrativo em que foram apresentadas como RPQs:

- *Período político ao qual eles atravessavam durante as oficinas, tendo em vista que se tratava de um ano eleitoral, responsável por parar todas as atividades realizadas na região e dar ênfase apenas ao momento político vivido;*

- *A frustração pela decisão da Região não ser contemplada com a Rede Cegonha, ficando todos numa situação inquietante, pois foram escolhidos como a região-piloto para a realização das Oficinas, mas não se viam mais como a região que receberia os investimentos, sendo assim, uma queixa geral de todos, gerando descrédito dos profissionais em função da frustração e o abandono das demais oficinas.*

Através de uma triangulação de métodos (análise minuciosa dos questionários, transcrições das falas nos Grupos focais narrativos e análise documental), foram acrescentadas na 2ª rodada do grupo focal narrativo de validação as seguintes **RPQs**:

- *Rotatividade dos técnicos que participavam das Oficinas;*
- *Falta de apoio da gestão;*
- *As decisões da Comissão Intergestora Regional (CIR) não estavam sendo consideradas pela Gestão estadual nas deliberações e homologações da Comissão Intergestora Bipartite;*
- *Demandas que vinham do Ministério da Saúde e que acabavam atropelando o serviço, pois chegavam, os empolgavam e os faziam dar prioridade, mas em seguida chegava outra e acabava os impedindo de dar continuidade àquilo que estavam fazendo.*

4.3 AGENDA DE NEGOCIAÇÕES GERADA E VIVIFICADA

Tendo em vista nossa implicabilidade enquanto profissional, membro de um dos Grupos de Interesse (equipe de gestão da SESAP) e pesquisador (aluno do mestrado profissional da UNB), assumimos a posição de orquestrador desse processo de negociação durante toda a realização da pesquisa, que ocorreu simultaneamente ao processo de avaliação. Essa é uma singularidade diferencial da pesquisa avaliativa de quarta geração.

A negociação passou a ser também um processo hermenêutico-dialético, à medida que foi sendo gerada coletivamente a partir das RPQs não resolvidas e mediadas por nós como articulador, de forma a serem superadas através de medidas pactuadas pelos Grupos de Interesse.

Guba e Lincoln (2011) classificam os encaminhamentos finais das RPQs não resolvidas em três tipos: *Resolução Plena* (quando alguma reivindicação, preocupação ou questão é resolvida e a medida a ser tomada é transparente); *Resolução Incompleta* ou *Parcial* (por algum motivo, como a impossibilidade de obter todas as informações consideradas desejáveis, algumas RPQs permanecerão insolúveis); *Resolução Pendente* (construções diferentes e possivelmente conflitantes ainda se mantêm).

Assim, diante de uma avaliação de quarta geração, o relatório desta pesquisa tem um formato bastante diferente. É um relatório que apresenta uma agenda de negociação, resultado de uma construção conjunta (compartilhada, colaborativa), fruto do processo hermenêutico-dialético permanente.

Ou seja, nosso objetivo foi apresentar a avaliação das Oficinas de Planificação da Atenção Primária na 6ª Região de Saúde do RN como construção não apenas em sentido factual, mas de maneira que esclareça o significado e as interpretações a serem feitas sobre esse fato.

Passaremos a descrever as RPQs não resolvidas que fizeram parte da Agenda negociada e suas respectivas situações em relação à elucidação.

Quadro 7 – Agenda de Negociação

RPQs negociadas	Situação	Relato do caso
<i>A 6ª Região de Saúde não ter sido escolhida para ser piloto da implantação da Rede Cegonha</i>	<i>Resolução Plena</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Situação revertida – Apesar da frustração inicial por parte dos gestores e facilitadores da 6ª URSAP, foi negociada a prioridade como região seguinte a ser priorizada. ✓ Aprovado o Plano de implantação da Rede Cegonha para 6ª Região na reunião Ordinária da CIB realizada no dia 16 de maio de 2012 (Deliberação 788/120 CIB/RN), ✓ Portaria 6ª CIR Nº 05 de 6 de junho de 2012, nomeia o Grupo Condutor Regional da Rede Cegonha da 6ª Região de Saúde.
<i>A falta de compromisso com o processo de planificação no período de Campanha Política</i>	<i>Resolução incompleta ou parcial</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Essa RPQ continua insolúvel considerando que a cada dois anos essa realidade é nacional e fruto de um modelo político brasileiro que foge nossa in governabilidade diante.
<i>A alteração da Portaria que designava o Grupo Condutor – GT da Implantação da Rede Materno-Infantil no RN, criando o GC da Rede Cegonha no Estado do RN</i>	<i>Resolução Plena</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Essa medida que no início foi analisada como um ponto fraco no processo se reverteu como ponto forte à medida que o novo GC contemplou os membros do GC anterior e estes têm sido referência técnica para o processo nas outras regiões.

<i>Falta de apoio da gestão estadual com frustração da Planificação na Região</i>	<i>Resolução Plena</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Também foi revertida tendo em vista que foi retomado o processo de planificação no estado do RN, estando inclusive a 6ª Região servindo de modelo para planificação em todo o estado. ✓ As planilhas-matrizes de planificação elaboradas durante as Oficinas da 6ª Região estão servindo de referência para a planificação em todo estado do RN.
<i>Solução de continuidade na realização das 11 Oficinas Temáticas de Planificação da Atenção Primária</i>	<i>Resolução Plena</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A nova gestão da SESAP (secretário e coordenadores), em reunião realizada no Hotel Praiamar, no dia 27 de agosto de 2012, retomou o diálogo com o CONASS, estabelecendo novos pactos, inclusive para descentralizar a planificação para todas as regiões do estado, de modo articulado, responsável e compartilhado; ✓ Já foram realizadas mais quatro Oficinas de capacitação para facilitadores.
<i>Falta de prioridade da Região em relação ao Planejamento para as ações de implantação da Rede Materno-Infantil</i>	<i>Resolução Pendente</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A deliberação CIB Nº 701 aprova a matriz diagnóstica da Rede Cegonha no Estado e inclui o Plano com recursos de investimento para área materno-infantil na 6ª Região de Saúde. ✓ Portaria Nº 220 GS/SESAP de 19/07/2012 institui o Grupo Condutor estadual das Redes Temáticas no estado do RN. ✓ O Ministério Público que participou de todo o processo de planificação está agora com ações descentralizadas para 6ª Região de saúde, sendo a atenção materno-infantil a sua maior prioridade.
<i>Viabilidade do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP)</i>	<i>Resolução Pendente</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Essa Questão não foi elucidada, nem resolvida, pois ainda não se sabe até que ponto o COAP será, na prática, viabilizado, passando a fazer parte da pauta da agenda de negociação de reivindicações.

Fonte: Oliveira Junior, 2014.

Observa-se que as RPQs, as quais constam na agenda de negociação, foram dispositivos de fundamental importância para reversão da realidade encontrada no contexto inicial da pesquisa de avaliação de quarta geração. No quadro acima identifica-se que a maioria das RPQs foram resolvidas ou estão em fase de resolução. Assim, comprova-se a vivacidade da metodologia utilizada, tendo em vista a dinamicidade do processo, a implicabilidade e compromisso do pesquisador com as demandas da Agenda de Negociação.

CONCLUSÕES FINAIS

5 CONCLUSÕES FINAIS

Como se pode perceber, o processo de avaliação das Oficinas de Planificação da Atenção Primária na 6ª Região de Saúde do RN foi operacionalizado em etapas vivenciais de idas e vindas ao cenário real onde aconteceram as Oficinas. Foram possibilitadas construções conjuntas dentro do grupo de interesse (Gestores municipais e Facilitadores institucionais).

O retorno ao campo para validação das falas do grupo de interesse possibilitou, além da confirmação, a ressignificação e o acréscimo, enfim, foi um processo vivo no qual a pesquisa e o pesquisador passaram a ser parte do contexto vivencial, sendo possível intervir para mudança de realidades identificadas.

Foi uma interação contínua da coprodução de dados e análises vivenciados durante todo o processo de investigação; O retorno ao campo (contexto da pesquisa) foi uma validação coletiva do conteúdo organizado pelo pesquisador a partir das falas dos sujeitos interessados. Esse processo configurou uma reconstrução interativa com possibilidades de ressignificações por parte de todos os envolvidos, além de elucidar construções conflitantes, corroborar, refutar RPQs e possibilitar uma 2ª narrativa fruto de um novo olhar dos agentes, na elucidação de sentidos e significados geradores de mudanças.

A relação de poder ainda é desigual, esse processo metodológico de análise possibilitou a visão de um sentimento comum a todos que participaram desta pesquisa, sejam os agentes, beneficiários ou vítimas. No entanto, várias foram as conquistas para o serviço no decorrer desse processo. A região é hoje referência para o processo de planificação no estado do RN, os facilitadores capacitados na região são multiplicadores das Oficinas em outras regiões do estado, os Grupos Condutores da planificação foram instituídos por portaria da SESAP, já são mais de 300 técnicos capacitados na metodologia de modelagem de redes, ministradas pelo CONASS.

Apesar do consenso em relação ao poder político partidário ter inibido e enfraquecido o processo gerencial no campo das políticas de saúde do estado, no decorrer do processo avaliativo, esse cenário de enfraquecimento foi sendo modificado em função de cenários também políticos que também se alteravam.

Foi visível a frustração de todos quando no retorno para validação dos resultados apresentados pelos respondentes da pesquisa (2012), em relação à substituição da 6ª Região de Saúde como prioritária para implantação da Rede de Atenção Materno-Infantil e o impacto negativo que essa decisão teve no processo de viabilidade do projeto do CONASS.

O processo dinâmico vivencial da pesquisa nos possibilita observar as mudanças de cenários. O secretário de saúde de Pau dos Ferros, maior município da região, que na época era um membro do grupo de interesse da pesquisa como gestor da saúde, agora é prefeito municipal ocupando uma função política estratégica para conquistas na região.

Esse foi um dos motivos da opção pela avaliação de quarta geração. O estudo de planificação em Atenção Primária tem, em sua maioria, métodos quantitativos de análise. Considera-se o método qualitativo de avaliação de quarta geração como uma experiência bastante inovadora, exitosa e pertinente a ser aplicada em estudos que sejam no campo da Atenção Básica, pois ao mesmo tempo em que o processo busca identificar resultados, possibilita também ampliar a capacidade de análise e negociação dos sujeitos envolvidos.

As relações que se estabelecem no campo da Atenção Primária são fundamentalmente relações humanas, de vínculo, de trabalho em equipe, de definição de território. Portanto, a planificação da Rede de Atenção é um processo vivo que envolve emoções e sentimentos que não podem ser mensurados apenas por números, a palavra (voz própria dos sujeitos), o gesto devem ser considerados. Esse cenário de um trabalho vivo nos possibilitou intervir como pesquisador e membro do grupo interessado, de forma a possibilitar de forma coletiva trazendo avanços significativos para o contexto encontrado inicialmente.

Pode-se afirmar que a Avaliação de Quarta Geração (GUBA; LINCOLN, 2011) possibilita, metodologicamente, no campo da análise de qualidade dos serviços e programas de saúde, um excelente dispositivo operacional não só para mensurar resultados, mas principalmente para possibilitar o olhar ampliado em relação ao significado e sentidos das coisas interferindo e sendo interferido por ela.

Esse processo de análise é cíclico, qualitativo e tem por natureza um mecanismo de validação coletiva onde todos os membros da pesquisa podem e devem contribuir para a mudança da realidade, tornando os sujeitos participantes efetivamente parte dos processos de tomada de decisão. As relações de poder que hoje se estabelecem no sistema de saúde tem na Atenção Primária um aporte que é desconsiderado no modelo biomédico das especialidades.

Nesse sentido, para reverter esse modelo, necessita-se de novas práticas, novos saberes, e de novas formas de avaliar.

A avaliação construtivista em saúde possibilita o conhecimento tácito, ou seja, a exposição de dimensões humanas que não se evidencia por medições e que, no entanto, têm papel decisivo no que se refere à qualidade de desempenho em relação ao serviço prestado ao usuário do sistema. Destarte, uma cogestão investigativa possibilita um controle do processo e dos produtos da avaliação compartilhados pelos avaliadores e pelos Grupos de Interesse, , diluindo inclusive essas posições.

Diante da experiência vivenciada, pode-se afirmar a adequação e pertinência da metodologia de avaliação de quarta geração para esse tipo de processo. Identifica-se neste contexto interativo, maior chance de qualificação da Atenção Primária da região enfocada a partir da participação efetiva dos sujeitos na avaliação.

A avaliação de quarta geração fundamenta-se no referencial construtivista, com enfoque responsivo, assim, as Reivindicações, Preocupações e Questões identificadas durante o processo da pesquisa avaliativa das Oficinas de Planificação serviram de oportunidade para a elaboração de uma agenda de negociação que buscou a modificação da realidade através de responsabilidades formativa assumida.

A maioria das RPQs que emergiram durante o processo foi elucidada, permanecendo as não resolvidas na pauta da agenda de negociação, que se manterá mesmo ao final da pesquisa, pois esse processo é vivo e permanente. Finalizou-se uma demanda de pesquisa específica para o mestrado profissional em Saúde Coletiva da UNB, mas se mantém a implicabilidade como profissional da SESAP que faz parte de uma equipe de gestão estadual. Dessa forma, considera-se que a Avaliação de Quarta Geração propiciou um processo avaliativo participativo, dando voz aos gestores e facilitadores que participaram das Oficinas de Planificação da 6ª Região de Saúde, oportunizando avanços e aprendizagens significativas para os envolvidos.

O empoderamento dos atores envolvidos na pesquisa (grupos de interesse), enquanto gestores ou até mesmo como facilitadores, foi observado e comprovado considerando os espaços ocupados por ele no contexto do sistema de saúde e pelas conquistas que ora se consolidam na Atenção Primária da 6ª Região de Saúde do estado do RN.

REFERÊNCIAS

BAZZANI, Roberto. et al. Construyendo puentes entre investigación y políticas para la extensión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe: una estrategia de cooperación conjunta. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, suppl. S109-S112, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos estados**: caderno de apresentação. Brasília: CONASS, 2009. 76 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Atenção Básica**. Brasília, 2010. v. 2. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS, v. 2)

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p. (Série textos básicos; n. 67).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html. Acesso em: 30 set. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 739, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Dispon < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 3 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011a. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 10 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). 2011b. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 8 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 2 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011d. Disponível em::<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 15 abr. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 12 mar. 2011.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7508 de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011e. Disponível em:

< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 2 ago. 2013.

_____. Presidência da República. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 3 ago. 2013.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8142 de 29 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. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 3 ago. 2013

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo /** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 300 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil).

CAMPOS, G. W. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e Núcleo de Saberes e Práticas. **Sociedade e Cultura**, v. 3, n. 1 e 2, jan/dez. 2000. p. 51-74.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-306, mar./abr. 2007a.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos -** A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007b.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos estados:** caderno de apresentação. Brasília: CONASS, 2009. 76 p.

_____. **As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde.** Brasília: CONASS, 2010. (CONASS Documenta, n. 21).

_____. **Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados.** Brasília: CONASS, 2011. (CONASS Documenta, n. 23).

GADAMER, Hans-Geor. **Verdade e Método:** traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Unicamp, 2011.
IBGE. **Censo Demográfico 2010: resultados do universo**. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> >. Acesso em: 20 maio 2013.

LOURAU, R. Implicação e sobre implicação. In: _____. **Analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 186-198.

MENDES, Eugenio Viljaça. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007.

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

_____. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2007.
RICOEUR, Paul. **Tempo e Narrativa**. São Paulo. WMF Martins Fontes, 2010.

OLIVEIRA JÚNIOR, Severino Azevedo. **Política de atenção básica e vigilância em saúde no contexto estadual**. Natal, 2013.75 Slides: color.

OMS. **Atenção primária em saúde: agora mais do que nunca**. Lisboa, 2008.

_____. Declaração de Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Cazaquistão. **Relatório**. Cazaquistão, 1978. Disponível em: < <http://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf> >. Acesso em: 22 jun. 2013.

OPAS. **Nações Unidas declaração do Milênio**. Nova Iorque, 2000.

_____. **A atenção à saúde coordenada pela APS**: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate. Brasília, OPAS/OMS, 2011.

_____. **Inovação nos sistemas logísticos:** resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Brasília, OPAS/ OMS, 2010.

OPAS. OMS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas:** documento de posicionamento da organização Pan–Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, DC: OPS/OMS, c.2007.

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado da Saúde Pública. Coordenadoria de Planejamento e Controle de Serviços de Saúde. **Relatório de Gestão.** Natal: SESAP, 2010.

_____. Secretaria de Estado da Saúde Pública. Coordenadoria de Planejamento e Controle de Serviços de Saúde. **Plano Estadual de Saúde: gestão 2012-2015.** Natal: SESAP, 2012

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **Devir apoiador:** uma cartografia da função apoio. 2011. 171p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciênc. saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

_____. Uma análise sobre o processo da reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PAIM, Jairnilson S.; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, p. 73-8, 2006. Número especial.

PAIM, Jairnilson S.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas. **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.4, p. 299-316, ago. 1998.

SANTOS, Lenir. **O Modelo de atenção à saúde se fundamenta em três pilares:** rede, regionalização e hierarquização. 2011. **Disponível em:** <
<http://blogs.bvsalud.org/ds/2011/09/15/o-modelo-de-atencao-a-saude-se-fundamenta-em-tres-pilares-rede-regionalizacao-e-hierarquizacao/>>. Acesso em: 5 out. 2013

SOUSA, M. F. de; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, Out. 2009.

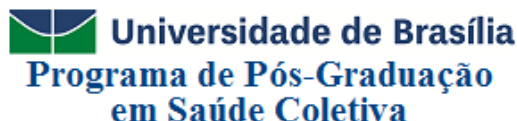
STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. **Promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006.

TESTA, Mário. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VECINA NETO, Gonzalo; MALINIK, Ana Maria. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2012

APÊNDICE A



Natal, 30 de setembro de 2013.

Prezado(a) Sr.(a):

Estamos desenvolvendo a dissertação de mestrado intitulada *Oficinas de Planificação da Rede Temática de Atenção na 6ª Região de Saúde do RN: Análise sobre a ótica dos facilitadores institucionais e gestores municipais*, cujo objetivo é avaliar, sob a ótica dos facilitadores e gestores, a importância das Oficinas de Planificação no processo de modelagem da Rede Temática de Atenção Materno-Infantil na 6ª Região de Saúde do RN.

Dessa forma, vimos solicitar a sua colaboração, respondendo a um questionário contendo questões abertas e fechadas e a participar de **Grupo Focal** a ser realizado no dia 30 de setembro de 2013.

Ressaltamos que a sua participação é de grande importância para o nosso estudo, considerando a sua experiência neste campo de conhecimento, bem como asseguramos que a sua participação não implica em quaisquer gastos ou prejuízos financeiro e pessoal.

Informamos ainda, que os resultados da pesquisa serão exclusivamente utilizados para fins científicos, firmando o compromisso de assegurar o anonimato e o sigilo de identidade de todos os participantes. A sua decisão é livre, podendo ser revista a qualquer momento da pesquisa, sem que lhe seja imputada penalidades ou prejuízos.

Agradecemos a sua atenção, e caso aceite participar, solicito a sua confirmação neste documento.

Atenciosamente,

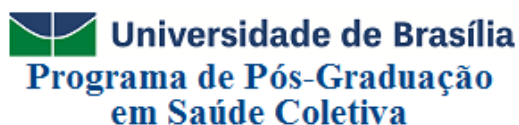
Severino Azevedo de Oliveira Júnior

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, após tomar ciência dos critérios e compromissos da pesquisa intitulada **OFICINAS DE PLANIFICAÇÃO DA REDE TEMÁTICA DE ATENÇÃO NA 6ª REGIÃO DE SAÚDE DO RN: ANÁLISE SOBRE A ÓTICA DOS FACILITADORES INSTITUCIONAIS E GESTORES MUNICIPAIS**, aceito participar da mesma na condição de entrevistado.

APÊNDICE C



NOME: _____
 FORMAÇÃO: _____
 FUNÇÃO: _____
 MUNICÍPIO A QUAL PERTENCE: _____

QUESTIONÁRIO

1 – O que você entende por Atenção Primária?

2 – Vocês consideram que houve mudança no processo de Atenção à Saúde Materno-Infantil após a Oficina?

Sim Não

Quais? _____

3 – Considerando os objetivos da Oficina de Planificação no Processo de Modelagem da Rede Temática de Atenção Materno-Infantil na 6ª Região de Saúde do RN, você considera que houve avanços?

Sim

Quais? _____

Não

Por quê? _____

4 – Como pretendem utilizar o processo de modelagem das Redes de Atenção à Saúde para a atenção à saúde?

5 – Em sua opinião, e dando ênfase à 6ª Região de Saúde, qual dos elementos constituintes da APS deveria ser priorizado no processo de estruturação da rede?

6 – Com a realização da Oficina, você passou a Compreender, discutir e exercitar proposta de fortalecimento da APS em seu município em face da sua realidade sanitária e dos condicionantes existentes?

SIM

Quais?

NÃO

Por quê?

7 – Na sua concepção, a oficina atendeu aos objetivos a que se propôs?

SIM NÃO

Por quê?

8 – Diante os conhecimentos adquiridos na Oficina, você entende que a utilização das ferramentas obteve respostas de forma eficaz para o processo de Planificação?

SIM NÃO

Por quê?

9 – Em relação à qualidade dos conteúdos abordados durante a realização da Oficina, você os classifica como:

RUIM BOM ÓTIMO EXCELENTE

10 – Ao fim da Oficina, você se considera capaz de multiplicar e implantar as perspectivas abordadas durante a Oficina?

SIM NÃO

Por quê?

11 – A sua participação na Oficina trouxe benefícios para sua atuação profissional no campo da saúde?

NÃO

Por quê?

() SIM
Quais?

APÊNDICE D



ORIENTADOR: Prof Dr Gustavo Nunes

MESTRANDO: Severino Junior

Início: _____

Término: _____

Uso de gravador: () Sim () Não

ROTEIRO DE QUESTÕES DE PESQUISA NORTEADORAS PARA O GRUPO FOCAL

1 – Como você analisa o processo de modelagem da Rede Temática de Atenção Materno-Infantil na 6ª Região de Saúde do RN (Pau dos Ferros)?

Quais?

3 – Comentem as fortalezas e fragilidades do processo de trabalho das Oficinas Temáticas.

4 – Comentem os aspectos que influenciaram positivamente o processo de Modelagem da Rede na Região.

5 – Comentem os aspectos que influenciaram de maneira negativa o processo de Modelagem da Rede na 6ª Região de Saúde do RN.

ANEXO A

LIGA NORTE RIOGRANDENSE
CONTRA O CÂNCER



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Oficinas de Planificação da Rede Temática de Atenção na 6ª Região de Saúde do RN:
Análise sobre a ótica dos facilitadores institucionais e gestores municipais

Pesquisador: Severino Azevedo de Oliveira Júnior

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 19438913.8.0000.5293

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 351.578

Data da Relatoria: 06/08/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem analítica com aplicação metodológica qualitativa, pautada no marco teórico da planificação na atenção primária e nos procedimentos metodológicos da representação social. O estudo parte do referencial teórico-conceitual a respeito da Atenção Primária à Saúde como coordenadora do cuidado dos usuários no território de sua responsabilidade, e das Redes de Atenção à Saúde (RAS) para responder às necessidades de saúde das populações. O Estado do RN está dividido em 06 Unidades Regionais de Saúde (URSAP), sendo que na VI URSAP estão inseridos 36 municípios. Esta região apresenta uma população de 242.021 mil habitantes, e uma cobertura de aproximadamente 100% do Saúde da Família. Em 2011, o RN iniciou, com apoio do CONASS, uma experiência piloto na 6ª Regional de Saúde, com planificação da Rede de Atenção Materno-infantil, aonde foram selecionados facilitadores e apoiadores institucionais, realizadas oficinas temáticas, e pactuados com municípios compromissos para operacionalização da RAS. Diante deste contexto, destaca-se a importância de estudo que vise analisar os aspectos referentes às oficinas no processo de planificação e reorganização da atenção

Endereço: Rua Dr. Mário Negócio, 2267

Bairro: Quintas

CEP: 59.040-000

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)4009-5494

Fax: (84)4009-5480

E-mail: biblioteca@lga.org.br

LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER



Continuação do Parecer: 351.578

materno-infantil na 6ª Regional de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar, sob a ótica dos facilitadores e gestores, a importância das Oficinas de Planificação no processo de modelagem da Rede Temática de Atenção Materno-Infantil na 6ª Região de Saúde do RN; Analisar a compreensão dos facilitadores institucionais e gestores da saúde a respeito da Atenção Primária a Saúde; Avaliar a percepção dos facilitadores e gestores a respeito da importância do processo de estruturação da rede no atual modelo de atenção; Verificar a eficácia da utilização das ferramentas de planificação no processo de modelagem da rede de Atenção Materno Infantil na 6ª regional de saúde; Analisar o nível de satisfação dos facilitadores e gestores em relação as oficinas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O autor não cita riscos para os sujeitos da pesquisa, e como benefícios menciona a possibilidade de se aperfeiçoar as oficinas de planificação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Serão aplicados questionários com perguntas abertas e fechadas para um grupo de 05 Gestores e para um grupo de 10 Facilitadores que participaram das 03 oficinas, embora o autor não cite de que maneira os indivíduos vão ser selecionados. Não foram apresentados critérios de exclusão ou inclusão. A análise dos dados será realizada recorrendo-se à análise de conteúdo (Minayo, 2004; Bardin, 2002), considerando que esta proporciona a compreensão e reflexão sobre a realidade que os sujeitos representam (discursos, concepções e atitudes).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Quanto ao TCLE anexo, observa-se que o autor utiliza a logomarca da LIGA e o nome do CEP no cabeçalho, sendo que estas instituições não se identificam com aquelas ao qual está vinculado o pesquisador e o trabalho (Secretaria de Saúde do RN e UnB), devendo serem deletados do timbre do termo.

Recomendações:

Em obediência às instruções contidas na REs. n° 196/96-CNS, recomenda-se ao pesquisador:

1. Entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinada;
2. Desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado;
3. Apresentar ao CEP/LIGA eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa;

Endereço: Rua Dr. Mário Negócio, 2267
 Bairro: Quintas CEP: 59.040-000
 UF: RN Município: NATAL
 Telefone: (84)4009-5494 Fax: (84)4009-5480 E-mail: biblioteca@liga.org.br

LIGA NORTE RIOGRANDENSE
CONTRA O CÂNCER



Continuação do Parecer: 351.578

4. Apresentar ao CEP/LIGA relatório parcial (a cada 6 meses) e final após conclusão da pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O trabalho não envolve maiores riscos aos sujeitos participantes, é de fácil desenvolvimento, embora dotado de relevância social na medida em que busca estudar e aperfeiçoar as políticas públicas que visam melhorar o Sistema Único de Saúde.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos também que nenhum dos pesquisadores envolvidos no estudo participou e também não aprovou ou expressou sua opinião através de procuração a membros do CEP para análise, aprovação ou não, dos documentos referidos.

NATAL, 07 de Agosto de 2013

Assinador por:
Andréa Carla
(Coordenador)

ANEXO B - FOTORREPORTAGEM SOBRE O PROCESSO DE PANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA 6ª REGIÃO DE SAÚDE DO RN



O Secretário de Estado da Saúde Pública, Domicio Arruda, apresentou nesta sexta-feira (19), em Pau dos Ferros, o Projeto de Planificação da Rede de Atenção Materno-Infantil do Alto Oeste potiguar. O secretário esteve reunido, no auditório da VI Unidade Regional de Saúde Pública (URSAP), com técnicos, prefeitos e secretários de saúde dos 36 municípios jurisdicionados à 6ª região.

Um dos objetivos do encontro foi sensibilizar e mobilizar os gestores municipais numa nova perspectiva de se fazer saúde pública - saindo do modelo voltado, exclusivamente, para cura e buscando a promoção efetiva da saúde.

Segundo o secretário, Domicio Arruda, o Ministério da Saúde elegeu a implantação da "Rede Cegonha" como meta principal até 2015, com o objetivo de apagar o quadro negro da mortalidade materno-infantil existente no País, principalmente na região Nordeste e Amazônia legal.

Domício também destacou que Governo do Estado está melhorando as condições do atendimento à saúde do Alto Oeste. "Através de uma parceria com a Prefeitura de Pau dos Ferros, a Sesap já preencheu as escalas de médicos plantonistas nas áreas de cardiologia, anesthesiologia, intensivistas e ortopedia. Essas são ações pontuais que melhorarão a vida da população, que não precisará mais se deslocar daqui para Mossoró ou Natal para ter seu direito à saúde garantido", disse ele.

Já a gerente da VI Ursap, Jeane de Aquino Sarmento, informou que os técnicos da unidade estão aptos e preparados para absorver o Projeto com o objetivo de "melhorar os indicadores vergonhosos da taxa de mortalidade materno-infantil na região que ultrapassa 50 óbitos, num universo de mil".

No Rio Grande do Norte a região do Alto Oeste foi escolhida - como projeto piloto - para intensificar o trabalho de estruturação da rede materno-infantil. Dentre os vários critérios discutidos, alguns deles foram os baixos IDH e renda per capita, além da garantia do acesso da população aos serviços de saúde dentro da sua própria base territorial, já que a região é muito grande e se encontra, geograficamente, distante da capital do Estado.

Nos últimos meses, a Sesap realizou oficinas de Construção da Rede para capacitar um grupo de técnicos como facilitadores, que vão habilitar os profissionais concentrados na Rede de Atenção Primária à Saúde (APS), em cada município que compõe a 6ª região. Nos próximos dias 30 e 31 de agosto, a VI Ursap também vai sediar um encontro para qualificar os gestores sob sua jurisdição.

FONTE: SESAP RN

ANEXO D

quinta-feira, 22 de março de 2012

The screenshot displays a web browser window with the following elements:

- Browser Tabs:** PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO, VI 6ª Região de Saúde realizou
- Address Bar:** viursap.blogspot.com.br/2012/03/oficina-de-planificacao-da-atencao.html
- Header:** VI URSAP UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, Pau dos Ferros/RN
- Navigation Menu:** INÍCIO, HISTÓRICO, ESTRUTURA, CIR, SECRETÁRIOS MUNICIPAIS, PROGRAMAS, AGENDA DE EVENTOS, FARMÁCIAS DE PLANTÃO
- Main Content:**
 - Banner: INFLUENZA A (H1N1)? SAIBA COMO SE PREVENIR
 - Date: quinta-feira, 22 de março de 2012
 - Title: 6ª Região de Saúde realizou II Oficina de Planificação da Atenção Primária
 - Image: A group of people standing in a room.
 - Text: Aconteceu nesta quinta-feira, 22, no auditório da VI URSAP, sediada em Pau dos Ferros, a II Oficina de Planificação da Atenção Primária da 6ª Região de Saúde. O evento foi destinado aos gestores e técnicos dos 37 municípios que compõe o bloco. O objetivo central do encontro foi promover a análise da Atenção Primária à Saúde, tendo, como foco, a sua forma de organização e resolubilidade.
- Sidebar:** GALERIA DOS EX-GERENTES, ANIVERSARIANTES, FOTOS
- Footer:** Ministério da Saúde GOVERNO FEDERAL BRASIL PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA
- Taskbar:** Iniciar, 13 Microsoft Office..., 3 Windows Explorer, 10 Adobe Reader, 5 Microsoft Office P..., 3 Google Chrome, PT, 17:18

Aconteceu nesta quinta-feira, 22, no auditório da VI URSAP, sediada em Pau dos Ferros, a II Oficina de Planificação da Atenção Primária da 6ª Região de Saúde. O evento foi destinado aos gestores e técnicos dos 37 municípios que compõe o bloco. O objetivo central do encontro foi promover a análise da Atenção Primária à Saúde, tendo, como foco, a sua forma de organização e resolubilidade, permitindo, aos participantes, a reflexão a respeito da complexidade dos problemas que as equipes da APS têm de enfrentar na sua rotina e importância de se mudar conceitos visando a melhoria dos indicadores de saúde, do acesso aos usuários e dos resultados positivos que se quer obter no SUS.

A Atenção Primária é a porta de entrada ao sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos com capacidade de responder, a contento e de forma articulada, às necessidades preventivas, curativas, reabilitadoras e de promoção à saúde. De acordo com a proposta, os fundamentos da APS deve ser a boa resposta por parte das equipes, acolhimento, capacidade de delimitar os recursos necessários para resolver os problemas, tendo, como alvo, a pessoa, a família e a comunidade e não apenas a doença.

Dentro das discussões ficou explicitado que saúde não é a ausência de doença, mas o resultado de amplo espectro de fatores/determinantes múltiplos, relacionados com a qualidade de vida, e que incluem um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação, saneamento, boas condições de trabalho, oportunidade de educação, ao longo da vida, ambiente físico limpo e apoio social, fruto de políticas públicas que propiciem condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades, o 'empoderamento'.

A metodologia da oficina consistiu em leitura de textos, trabalhos em grupos - coordenados pelos facilitadores da Sesap, nível central, e dos lotados na 6ª região – além de aulas interativas, plenárias e estudos de casos.

Para o titular da Coordenadoria de Promoção à Saúde, da Sesap, Severino Azevedo Júnior, os gestores precisam aproveitar melhor os fóruns apropriados para discussão dos problemas de saúde da 6ª Região, como a CIR, para pactuarem propostas que rumem na direção da melhoria dos indicadores de saúde dos municípios que compõem o colegiado. Segundo ele, o pensamento deve ser voltado para ações de abrangência coletiva, onde todos sejam beneficiados, e não fixar o olhar em situações pontuais e isoladas, que não levam a lugar nenhum. “Precisamos trabalhar, cada vez mais, para formatarmos um modelo de SUS articulado, universal e equânime. Devemos pensar grande e de forma positiva nesse processo de mudança. Isso não é utopia. Pode até demorar, mas vai acontecer”, destacou o coordenador da CPS.

Já a facilitadora, enfermeira Ivana Fernandes, disse que a palavra chave é “acreditar” no que se faz. A técnica da Sesap destacou que “se nós, que estamos atuando no processo, não acreditarmos que nosso esforço vai redundar em resultados práticos, fica difícil contagiar de otimismo a equipe que está em nosso redor”, disse, acrescentando que compromisso é outro fator preponderante.

Dentre os encaminhamentos, ficou convencionado que os municípios terão até o dia 25 abril para entregar à Equipe Técnica da VI Ursap, o trabalho de dispersão que consiste na preparação de um Plano de Fortalecimento das APS's, que serão apresentados na III Oficina do nível central, marcado para o início do mês de maio. Ademais, eles acordaram que vão realizar suas oficinas descentralizadas para compartilhar o aprendizado com as equipes locais. A próxima oficina da 6ª região está agendada para os dias 04 e 05 de junho.

Participaram do evento, os secretários municipais de saúde e técnicos da 6ª Região de Saúde. Além deles, a oficina contou a presença do Coordenador de Promoção à Saúde da Sesap, Severino Azevedo Júnior, facilitadoras do nível central, Andréa Michelle D. Duarte, Cynthia Beatriz Cunha dos Santos, Iraci Nestor de Souza, Ivana Maria Fernandes, Jorilza Barbosa, Joseane Bezerra, Kacione dos Anjos e Raissa Andrade. Já como facilitadores da região altooestana, estiveram presentes a gerente da VI Ursap, Jeane Cleide Sarmiento, Coordenador do Núcleo Técnico e da CIR, Vicente de Paula Fernandes, e os técnicos Nara Cley, Tereza Mesquita, Paulo Bernardino e Coeli Regina



ANEXO E

The screenshot shows a web browser window displaying a news article from the website of the Rio Grande do Norte State Health Secretariat (Secretaria da Saúde Pública). The article is titled "Profissionais discutem fortalecimento da atenção primária à saúde" and is dated May 15, 2014, at 15:27. The text describes a workshop on primary care planning held at Hotel Praia Mar. The article is shared on social media and has a sidebar with other news items.

Profissionais discutem fortalecimento da Atenção Primária à saúde

ASCOM/SESAP 15 mai 2014 15:27

Durante toda esta quinta-feira (15) e também na sexta-feira (16) a Secretaria de Estado da Saúde Pública (Sesap) realiza, no Hotel Praia Mar, em Ponta Negra, mais uma Oficina de Planificação da Atenção Primária à Saúde (APS), proposta pelo Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). O objetivo é organizar e planejar a Atenção Primária para que ela tenha um papel resolutivo e coordenador de toda a rede de saúde.

Cerca de 25 pessoas estão participando, entre facilitadores da Coordenadoria de Promoção à Saúde (CPS), Subcoordenadoria de Ações de Saúde (SUAS), Vigilâncias Ambiental, Sanitária e Epidemiológica da Sesap, representantes do Conass, além de técnicos das Unidades Regionais de Saúde Pública (URSAPs).

“A planificação é uma importante ferramenta de planejamento, que nivela o conhecimento de todos. Já concluímos cinco oficinas. Agora, neste sexto encontro, estamos tratando da Organização da Atenção em Saúde na Unidade Básica de Saúde. Estamos qualificando os facilitadores que vão servir como multiplicadores para todas as regiões do estado”, explicou Azevedo Júnior, coordenador de Promoção a Saúde da Sesap.

A sexta Oficina de Planificação da Atenção Primária à Saúde pretende promover a reflexão das equipes de saúde sobre a importância da adoção de sistemas de acolhimento e classificação de risco na organização do processo de trabalhos das unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares.

A abordagem familiar e o prontuário familiar são tema da sétima oficina, que deverá ser realizada no final do mês de julho. A expectativa da Sesap é concluir todas as 11 oficinas no mês de novembro.

Histórico

A Atenção Primária à Saúde (APS) é entendida como um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Foram definidas, desde 2003, pelos membros do Conass, como responsabilidades da gestão estadual da Atenção Primária a saúde as macrofunções de formulação da política, planejamento, cofinanciamento, formação, capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, cooperação técnica e avaliação, no âmbito do território regional e estadual.

Para a APS exerça seu papel coordenador da rede de saúde, o Conass propôs um processo de planejamento da atenção à saúde, dividido em 11 oficinas que abordam os seguintes temas: Redes de Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde no estado; Territorialização; Vigilância em Saúde; Organização dos processos de trabalho em saúde; Organização da Atenção em Saúde na Unidade Básica de Saúde; Abordagem familiar e prontuário familiar; Organização da Assistência Farmacêutica; Sistema de informação e análise de situação de saúde; Sistemas de Apoio Diagnóstico, Logístico e Monitoramento; Contratualização das equipes da Atenção Primária à Saúde.

Tags: Oficina; Atenção Primária; Promoção à Saúde; Sesap

- See more at:

<http://www.saude.rn.gov.br/Conteudo.asp?TRAN=ITEM&TARG=30083&ACT=null&PAGE=null&PARM=null&LBL=NOT%C3%8DCIA#sthash.XNYiOdz5.dpuf>



ANEXO F



Foi realizada na manhã desta quarta-feira, 09, no auditório da VI Ursap, em Pau dos Ferros, o I Fórum de Humanização da 6ª Região de Saúde. O gerente da Unidade Regional, **Temístocles Maia**, fez a abertura oficial destacando a importância do evento para os profissionais de saúde que, no desempenho de suas funções, buscam, a cada dia, tratar os pacientes de forma mais humanizada - com atenção especial à gestão no parto e nascimento.

O encontro, que teve como tema: “Desafios na Mudança do Modelo de Atenção e Gestão no Parto e Nascimento – a Rede Cegonha”, foi voltado para os Gestores Municipais, Membros de Grupos Condutores da Rede Cegonha, Profissionais da Atenção Básica e Hospitalar, Colaboradores Atuantes da Política Nacional de Humanização, Gestores e Trabalhadores de Serviços de Saúde da Rede Complementar Credenciada pelo SUS para atenção ao parto.

Na pauta da programação constou a apresentação da Política Nacional de Humanização, feita pela técnica, **Acácia Marília Cândido**, apoiadora da Rede Cegonha-MS no RN, exibição do filme “O Renascimento do Parto” e culminou com uma Roda de Debates sobre os temas: “Desafios na mudança de modelo de atenção e gestão no Parto e nascimento – a Rede Cegonha”, coordenados pelos médicos **Edilsa Araújo** (Ginecologista e Obstetra, membro da SOGORN) e **Reginaldo Holanda** (Neonatalogista e Intensivista da Sociedade de pediatria do RN).

Segundo Acácia Cândido, uma das grandes preocupações, hoje, no SUS, é o número cada vez mais crescente de partos cesarianos em detrimento dos naturais. “É preciso que as equipes multiprofissionais dos municípios abracem um trabalho de conscientização sobre a importância do parto normal para que possamos, num curto espaço de tempo, reduzir esses indicadores”, destacou

O evento é uma iniciativa que parte da programação de ações descentralizadas que ocorrem durante a Semana Nacional de Humanização (07 a 11 de abril de 2014) e integra o cronograma de mobilização nacional da Política Nacional de Humanização, a partir da mobilização de gestores, trabalhadores e usuários do SUS, pesquisadores, estudantes, movimentos sociais e instituições.

Na 6ª Região de Saúde, o exitoso evento foi organizado pelo Núcleo de Recursos Humanos, através de sua coordenadora, **Nizarene Queiroz**, a Equipe de Apoiadores da PNH do Alto Oeste, como, também, do Núcleo Articulador da Humanização da Sesap, e recebeu apoio logístico da Secretaria Municipal de Saúde de Pau dos Ferros, Hospital Cleodon Carlos (Pau dos Ferros), Hemocentro (unidade de Pau dos Ferros) e Secretaria de Saúde de São Francisco do Oeste

