

GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA E REDES DE ATENDIMENTO NO BRASIL

Francisco Winter dos Santos Figueiredo¹, Edige Felipe de Sousa Santos², Ana Caryne Xenofonte Matias³, Samantha Pâmela Almeida³, Wallingson Michael Gonçalves Pereira³

¹ – FMABC

² – FMABC e Faculdade Leão Sampaio

³ – Faculdade Leão Sampaio

1 INTRODUÇÃO

Atualmente a saúde no Brasil é um tema bastante questionado devido a um complexo paradigma que há entre às necessidades da população e as atuais redes de atenção a saúde, onde é há muito investimento e pouco retorno em relação aos serviços prestados. Por que, apesar dos investimentos e de um sistema de saúde tido como exemplo em todo mundo, a saúde do povo brasileiro é precária e grita por soluções? Mas, de quem seria a culpa? Seria culpa dos gestores em saúde ? Seria culpa da população? Seria necessária uma mudança radical na saúde para que se pudesse ter acesso e atendimento digno do que tanto é discutido nos princípios do Sistema Único de Saúde, o SUS? O que poderia ser feito para solucionar tal problema?

São indagações como essas que serão discutidas ao longo do texto para que se possa realizar uma análise da atual rede de atendimento no Brasil e qual o papel dos gestores nessa rede de atenção, bem como o que diz a literatura atual sobre tais questionamentos.

Portanto, este objetiva-se em aprofundar o conhecimento sobre as atuais redes de atenção a saúde pública no Brasil; resgatar aspectos relacionados a esta rede desde a atenção primária; e ainda discutir o papel dos gestores na qualidade dos serviços prestados, para que assim seja possível elucidar a temática abordada de acordo com o que há na literatura brasileira.

O desenho metodológico utilizado para tal investigação estrutura-se na pesquisa descritiva e exploratória através dos dados presentes na literatura, do

tipo *paper*, definido por Medeiros (2008) como uma síntese de pensamentos aplicados a um tema específico e descrito por Roth (1994, p. 03 apud MEDEIROS, 2008) como:

- a) uma síntese de suas descobertas sobre um tema e seu julgamento, avaliação, interpretação sobre essas descobertas; b) um trabalho que deve apresentar originalidade quanto às idéias; c) um trabalho que deve reconhecer as fontes que foram utilizadas; d) um trabalho que mostra que o pesquisador é parte da comunidade acadêmica.

Sendo assim, este é um documento de cunho científico que tem como base a pesquisa bibliográfica e descobertas pessoais, que permitem ao pesquisador expor sua opinião sobre a temática abordada.

Entretanto este se limita apenas a discutir a contribuição dos gestores na rede de atenção saúde, sendo necessários outros estudos sobre a composição da equipe multiprofissional mediante as necessidades de cada serviço de atenção, de acordo com as necessidades de cada região, respeitando sua cultura e tradição.

Portanto, este se encontra disposto em três capítulos expostos de forma sintetizadas para melhor organização e explanação das idéias, onde o capítulo I contempla a rede de atenção pública no Brasil para que o leitor possa conhecer quais as redes existem atualmente; o capítulo II relata sobre o papel dos gestores em saúde pública, e o capítulo III faz uma correlação entre a rede de atenção e os gestores em saúde pública.

2 DESENVOLVIMENTO

Quando se fala em atenção à saúde não há como não falar inicialmente sobre os anseios da população, ou seja, só é possível traçar uma estratégia que inclua uma rede de atenção a saúde para uma população uma vez que haja a identificação das necessidades para a melhoria da saúde dessa população, que pode ser realizado através de indicadores como taxa de mortalidade, morbidade, ou ainda pelas notificações de doenças, como AIDS ou Hanseníase.

Demograficamente o país passa por uma transição decorrente das taxas de fecundidade deixadas pela geração passada, motivada pela ausência de planejamento familiar. Epidemiologicamente, também há uma transição, esta em menor ritmo, que considera aspectos como condições de saúde sejam elas agudas ou crônicas, transmissíveis ou não (MENDES, 2010).

Atualmente os sistemas de saúde no país são voltados às respostas sociais mediante as necessidades da população, que por sua vez é analisada de acordo com os dados epidemiológicos e demográficos daquela população, através das redes de atenção a saúde.

Sobre as redes de atenção a saúde, o Ministério da Saúde através da portaria nº 4.279, de 30/12/2010 as define 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 que condiz com as bases do sistema único de saúde.

Para que se construa uma rede sólida e que traga resultados, são necessários segundo Starfield (2002) quatro aspectos principais, que são: o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, onde o primeiro contato é o que permite utilizar o serviço de acordo com cada necessidade da população; a longitudinalidade, que como o próprio termo já diz, consiste num acompanhamento longitudinal entre a equipe de saúde e a população; a integralidade, onde os profissionais de saúde possam prestar o serviço com qualidade, e quando não for possível atender a necessidade encaminhar ao serviço responsável; e a coordenação, que é responsável por garantir os outros aspectos e dar continuidade ao serviço.

Contudo, o que se observa atualmente nas redes de atenção é um serviço precário onde o profissional não tem subsídios básicos para exercer seu trabalho com qualidade. Em alguns casos, a dificuldade em chegar até a população com o acesso dificultado não permite nem o primeiro contato, fazendo com que todos os outros fatores não funcionem, o que em longo prazo é visível apenas nos indicadores de morbidade e mortalidade, pois estas famílias cujo acesso não é possível, tanto por falta de informação quanto por

descaso, só procuram o serviço de saúde quando a doença já está instalada, o que contradiz todos os preceitos da saúde no Brasil.

Isto se reflete nos indicadores expostos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2008, onde as regiões norte e nordeste apresentaram menor percentual sobre a percepção de saúde que julgaram ter um estado de saúde “muito bom ou bom”, e a região nordeste foi que apresentou um percentual maior em relação à percepção de saúde do ponto de vista dos usuários onde julgaram ter um estado de saúde “ruim ou muito ruim”.

A Região Sudeste foi a que apresentou o maior percentual de pessoas que consideravam seu estado de saúde como “muito bom ou bom”, 80,1%. Nas Regiões Sul e Centro-Oeste, respectivamente, 77,5% e 77,8% das pessoas fizeram a mesma avaliação. No Norte, foram 75,5% das pessoas e no Nordeste, o menor percentual, 73,4%. Nesta última região, 4,6% das pessoas consideravam seu estado de saúde como “ruim ou muito ruim”, o mais elevado percentual entre as regiões (IBGE, 2008, p.36).

Assim é possível afirmar a necessidade de maior atenção dos gestores para estas regiões, principalmente por serem as duas maiores regiões do país e, por conseguinte, onde o acesso a população nem sempre é possível, e, portanto, sendo falha a atenção a saúde. Assim, a atenção em saúde também deve estar em sincronia com outros fatores como a infra-estrutura, por exemplo, onde os gestores em saúde devem trabalhar em conjunto com o gestor do município, dando-lhe um feedback sobre as necessidades da população pela qual são responsáveis.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao investigar o papel dos gestores na qualidade dos serviços de atenção a saúde é possível identificar a precariedade do sistema bem como os pontos positivos, e se estes são passíveis de alteração através da qualificação destes profissionais que justifique os cargos ocupados, para que assim seja possível administrar com qualidade e conseguir um direcionamento para melhorias da saúde da população, respeitando os princípios da saúde pública no Brasil de acordo com o SUS, alterando de forma positiva os indicadores em saúde.

O que há, de fato, é a necessidade da unificação dos bancos de dados dos locais que prestam algum tipo de serviço a saúde, como por exemplo, o serviço emergencial. Ao unificar os bancos de dados seria possível ter dados concretos e saber a real situação da saúde naquele determinado local para que assim pudesse ser dirigida uma maior atenção em relação aquela determinada situação.

Ao realizar a criação de um banco de dados em um município que permitisse um diálogo entre todas as instituições de saúde, desde aquelas que prestam serviço emergencial até aquelas que atuam na promoção de saúde, além de poder realizar um mapeamento das regiões em relação aos agravos também poderia facilitar o acesso a informações pessoais, reduzindo o tempo de espera por atendimentos que atualmente é destinado a identificação nos hospitais.

REFERÊNCIAS

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2297-2305. ISSN 1413-8123.

AZEVEDO, Creuza da Silva. **Gestão em saúde.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2012, vol.28, n.9, pp. 1811-1812. ISSN 0102-311X.

MEDEIROS, João Bosco. **Redação científica: a prática de fichamentos, resumos, resenhas.** 10. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

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