



CONASEMS
Conselho Nacional de
Secretarias Municipais de Saúde

DIRETRIZES APONTADAS PELO CONASEMS PARA ATENÇÃO BÁSICA

EIXOS ESTRATÉGICOS

- **AB DEVE SER ESTRUTURANTE DO SISTEMA:**
 - LINHAS DE CUIDADO
 - REDE ESTRUTURADA A PARTIR DAS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO
- **AB DEVE SER GESTORA DO CUIDADO**
- **AB DEVE COORDENAR E DIRECIONAR A INTEGRALIDADE - ORDENANDO A REDE**
- **RELAÇÃO DE CORRESPONSABILIDADE E INTERDEPENDÊNCIA FEDERATIVA, EQUILÍBRIO ENTRE AS TRÊS ESFERAS DE GESTÃO**

MODELO DE ATENÇÃO

- **RESPONSABILIDADE SANITÁRIA**
 - ADSCRIÇÃO
 - VÍNCULO
- **FOCO NOS DETERMINANTES LOCAIS**
- **VALORIZAR E QUALIFICAR O PROCESSO DE TRABALHO**
- **PROCESSO DE TRABALHO DEVE CONSIDERAR A GESTÃO DA CLÍNICA DE FORMA AMPLIADA ARTICULADA COM A SAÚDE COLETIVA**
- **GARANTIR A PLENA INTEGRAÇÃO DOS PROGRAMAS E POLÍTICAS (ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO, AF, SAÚDE DO TRABALHADOR, SAÚDE DA MULHER, SAÚDE MENTAL, AIDS, POPULAÇÃO INDÍGENA, DENGUE...)**
- **APOIO MATRICIAL**

- **DESENVOLVER AUTONOMIA NA FORMULAÇÃO DE MODELOS DE GESTÃO ADEQUADA À REALIDADE LOCAL**

- **GESTÃO PARTICIPATIVA**
 - EFETIVAR O CONTROLE SOCIAL
 - COSOLIDAR PRÁTICAS DE COGESTÃO COM OS TRABALHADORES

- **FORTALECER A AB EM QUALIDADE E RESOLUTIVIDADE COM MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS TRÊS ESFERAS DE GESTÃO**

- **COMPLEXO REGULATÓRIO**

ATENÇÃO BÁSICA FORTALECIDA COORDENA E ORDENA REDE

ORÇAMENTO GLOBAL PARA A ATENÇÃO BÁSICA

- **ATUALIZAR O FINANCIAMENTO PELA CORREÇÃO POPULACIONAL TODOS OS INCENTIVOS – FIXO E VARIÁVEL**

- **EQUIDADE NO FINANCIAMENTO CONSIDERANDO AS DIFERENÇAS REGIONAIS E DE ABRANGÊNCIA LOCAL.**

- **REDEFINIÇÃO E APRIMORAMENTO DO PAPEL DOS ENTES FEDERADOS, INCLUINDO O FINANCIAMENTO, SUBSTITUINDO O PAPEL FISCALIZADOR PELO DE APOIO TÉCNICO E DE CRITÉRIOS OBJETIVOS DE FINANCIAMENTO POR PARTE DOS ESTADOS.**

- **RECONHECER OS DIVERSOS RECORTES EXISTENTES DE AB, PRESERVANDO OS PRINCÍPIOS FUNCIONAIS E ESTRUTURAIS DA ESF**

- **RECONHECER A NECESSIDADE DE MANUTENÇÃO DE UM PERCENTUAL DO FINANCIAMENTO DAS EQUIPES QUE FICAM SEM MÉDICOS.**

- INTEGRAR O REPASSE DO MAC, PROGRAMAS E POLÍTICAS COM A AB PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA LINGUAGEM ÚNICA E NÃO FRAGMENTADA COMO É HOJE.
- MINIMIZAR FINANCIAMENTO INCENTIVO E MAXIMIZAR O CUSTEIO COMO REPASSE CONSTITUCIONAL FEDERATIVO
- AUTONOMIA NA FORMULAÇÃO DE MODELOS DE GESTÃO PARA A ATENÇÃO BÁSICA
- O CARTÃO SUS/ PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NÃO PODE SER ETERNAMENTE UMA IMAGEM OBJETIVO, DEVEM SER INSTRUMENTOS DE UM SISTEMA DE SAÚDE ORGANIZADO E ESTRUTURADO.
- GESTÃO DO TRABALHO

O CONCEITO E A OPÇÃO BRASILEIRA PELA ATENÇÃO BÁSICA

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O Conasems tem como uma de suas prioridades políticas apontadas a partir de sua tese 2010/2011 e das deliberações do Congresso de Gramado o aprofundamento da discussão sobre a atenção básica, o seu financiamento, a sua adequação administrativa e de modelo de gestão aos diversos nichos federativos brasileiros.

Durante o acúmulo de discussão sobre REDE no SUS, o Conasems tem apontado suas diretrizes políticas e técnicas mais importantes para compor os conceitos a serem consensuado pelas instancias gestoras. É portador de uma importante bibliografia que tem sido a base das posições municipalistas nesta formulação.

Nesta bibliografia, há uma evidente referencia que aponta para a atenção básica como estruturante do sistema, cogestora da rede. Outra dimensão importante apontada como prerrogativa da atenção básica é a de gestora do cuidado, na lógica da “continuidade da atenção”.

Este texto tem a intenção de fornecer subsídios para os gestores municipais na pactuação e formulação e aprimoramento da política nacional de atenção básica. Tem a intenção de colaborar com a discussão sobre o financiamento ou da adequação do modelo de gestão necessário apontado anteriormente. Pretende-se colaborar com a formulação de um diálogo sobre rede e o modelo de atenção em construção. Ou seja, qual a atribuição da Atenção Básica no desenho e gestão das linhas de cuidado e como elas devem ser organizadas a partir das necessidades, agravos e riscos, incluindo o risco presumível sanitário.

ATENÇÃO PRIMÁRIA OU ATENÇÃO BÁSICA?

O Relatório Dawson, elaborado pelo Ministro de Saúde do Reino Unido, em 1920 a associa a idéia de regionalização, hierarquização dos cuidados e apresenta as primeiras noções que se tem documentado de atenção primária em saúde ¹.

Entretanto, a atenção primária em saúde somente ganhou importância estratégica após a Conferência Mundial de Saúde de 1978, quando passa a ter seus princípios defendidos na estruturação dos sistemas nacionais de saúde.

Abaixo, alguns parágrafos selecionados da Declaração de Alma-Ata que podem ser úteis no contexto atual:

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunidos em Alma-Ata, no dia 12 de setembro de mil novecentos e setenta e oito, considerando a necessidade de ação urgente de todos os governos, todos os profissionais de saúde e desenvolvimento e da comunidade global para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo faz a seguinte declaração:

I

A Conferência reafirma enfaticamente que a saúde, estado de completo desenvolvimento físico, mental e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade, constitui um direito fundamental do ser humano e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é um objetivo social muito importante em todo o mundo, a sua implementação requer o envolvimento de muitos outros setores sociais e econômicos, além da saúde.

IV

As pessoas têm o direito e o dever de participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

VI

A atenção primária em saúde são os cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias factíveis, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, disponibilizando a todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e com custos que a comunidade e o país podem arcar em todas as fases de desenvolvimento, num espírito de autoresponsabilidade e autodeterminação.

A atenção primária é uma parte integrante do sistema de saúde nacional, sendo sua função central e o foco principal, e para o desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Ela representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, das famílias e da comunidade com o sistema de saúde nacional, aproximando-a de cuidados de saúde possível, onde as pessoas vivem e trabalham, e é o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados de saúde.

VII

A atenção primária à saúde:

- 1. É tanto um reflexo e conseqüência das condições econômicas e socioculturais e as características políticas do país e suas comunidades, e se baseia na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde e experiência em saúde pública;*
- 2. Aborda principais problemas de saúde da comunidade e presta serviços de advocacy, prevenção, tratamento e reabilitação, necessários para resolver estes problemas;*
- 3. Diretório contendo, no mínimo, as seguintes atividades: educação sobre principais problemas de saúde e sobre métodos de prevenção e de controle, a promoção da alimentação e nutrição adequada, o abastecimento de água potável e saneamento básico; o cuidado materno-infantil, incluindo o planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais;*
- 4. Envolve, para além do sector da saúde, todos os sectores e domínios de atividades relacionados com desenvolvimento nacional e comunitário, incluindo a agricultura, pecuária, alimentos, indústria, educação, habitação, obras públicas, comunicações e outros setores e requer esforços coordenados de todos os sectores;*
- 5. Exige e promove a máxima autoresponsabilidade e participação da comunidade e do indivíduo no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, tirar o máximo partido dos recursos locais e nacionais e outros recursos disponíveis, e com isso se desenvolve através da educação apropriada, a capacidade das comunidades para participar;*
- 6. Deve ser assistida por sistemas de distribuição integrados, funcionais e de apoio mútuo, a fim de atingir a melhoria progressiva dos cuidados de saúde para todos, dando prioridade aos mais necessitados;*
- 7. Baseia-se, tanto localmente como no de referência e casos de consulta, o pessoal de saúde, incluindo, se aplicável, médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários e pessoas que praticam a medicina tradicional, na medida do necessário, com o devido treinamento social e tecnicamente para trabalhar como uma equipe de saúde e de saúde às necessidades expressas pela comunidade .*

VIII

Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos de ação a fim de iniciar e manter a atenção primária à saúde como parte de um abrangente sistema de saúde nacional e em coordenação com outros setores. Para isto é necessário para exercer a vontade política de mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis.

A Associação Médica Canadense em 1994 definia atenção primária como ²:

Avaliação de um paciente ao primeiro contato e a oferta de atenção continuada para uma ampla variedade de questões de saúde, além de incluir a abordagem de problemas de saúde, prevenção e promoção de saúde; e apoio continuado, com intervenções familiar e comunitária, quando necessário.

A Carta para Clínica Geral/Medicina de Família na Europa, em 1994 conceitua atenção primária como ²:

Um sistema de atenção que oferece atendimento acessível e aceitável para os pacientes; assegura a distribuição equitativa de recursos de saúde; integra e coordena serviços curativos, paliativos, preventivos, e promotores de saúde; controla de forma racional a tecnologia da atenção secundária e de medicamentos; aumenta a relação custo-efetividade dos serviços por meio de 12 características:

- *GERAL: não é restrita a faixas etárias ou tipos de problemas ou condições – universalidade;*
- *Acessível: em relação ao tempo, lugar, financiamento e cultura;*
- *Integrada: curativa, reabilitador, promotora de saúde e preventiva de enfermidades;*
- *Continuada: longitudinalidade o longo de períodos substâncias da vida*
- *Equipe: o médico é parte de um grupo multidisciplinar*
- *Holística: perspectivas físicas, psicológicas e sociais dos indivíduos, das famílias e das comunidades.*
- *Pessoal: atenção centrada na pessoa e não na enfermidade;*
- *Orientada para a família: problemas compreendidos no contexto familiar e de rede social;*
- *Orientada para a comunidade: contextos de vida na comunidade local; consciência de necessidades de saúde na comunidade; colaboração com outros setores para desencadear mudanças positivas de saúde – intersectorialidade;*
- *Coordenada: coordenação de toda a orientação e apoio que a pessoa recebe*
- *Confidencial*
- *Defensora: defensora do paciente em questões de saúde sempre e em relação a todos os outros provedores de atenção.*

Reconhece ainda que, determinadas condições estruturais, melhoras organizacionais e questões de desenvolvimento dos profissionais devem ser consideradas na busca de uma atenção primária de qualidade.

No Brasil, o termo **ATENÇÃO BÁSICA** significa o primeiro nível de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. É, portanto, uma formulação típica do SUS, que deixa claro os seus princípios e suas diretrizes organizativas e é incorporado pela **ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**, a qual, a partir de sua criação, materializa uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades ³.

O Conasems (CONARES - agosto 2010) considera que a dificuldade em terminologia de abrangência internacional da atenção básica não é tão importante quanto a história desta construção no SUS e advoga a sua manutenção. Considera que a **Atenção Primária em Saúde** é uma imagem objetivo a ser construída a partir de seu financiamento adequado (já legalizado e não regulamentado) com escopo e amplitude suficientes que dimensione toda a população brasileira.

Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo e deve se constituir como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Aprovada e publicada, pode-se afirmar que o ano de 2006 tem a marca da maturidade no que se refere à **Atenção Básica em Saúde**. Afinal, o Pacto pela Vida definiu como prioridade: “consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de **Atenção Básica** e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS)” ⁴.

A **Atenção Básica (4)** caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A **Atenção Básica** considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

- I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI - estimular a participação popular e o controle social.

Podemos afirmar, seja no cenário internacional ou nacional, que o conceito de ATENÇÃO PRIMÁRIA E/OU ATENÇÃO BÁSICA se dirige para um ponto comum, em que seus princípios e diretrizes gerais, de caráter planetário, têm sido nestas últimas décadas o balizador da formulação de estratégias para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, cujas bases se sustentam em práticas cuidadosas, resolutivas e qualificadas. Portanto, suas diferenças dar-se-ão na medida da especificidade sócio-cultural e política de cada nação e serão pautadas pelas relações que se estabelecem entre Estado e sociedade em cada contexto ³.

ATENÇÃO PRIMÁRIA ESTRUTURANTE DO SISTEMA.

A Atenção Básica é a expressão brasileira da atenção primária em saúde, sem que os seus conteúdos signifiquem uma atenção limitada destinada a populações de excluídos sociais. Tem alguma dificuldade de consenso acadêmico sobre sua real conceituação frente aos documentos e publicações mundiais de entendimento de atenção primária, o que de maneira nenhuma a diminui perante estas. Pelo contrário, parece que cada vez mais as nossas experiências têm se mostrado como exitosas, embora nossas limitações estruturais sejam evidentes tanto no financiamento como na gestão do trabalho. As suas qualidades de abrangência longitudinal são as principais bases de defesa as quais o Conasems se alinha.

Seja como for, em todas as publicações sobre seus elementos constituintes, a atenção primária é conceituada como estruturante do sistema de saúde nacional.

Estruturante porque deveria ser o eixo central de todo sistema e ser organizado principalmente a partir das necessidades sentidas e apontadas pela comunidade e mesmo as não sentidas e não apenas pela oferta de serviços de média e alta complexidade. Em outros termos, a demanda gerada a partir da necessidade de referência apontada pela atenção primária deveria determinar o desenvolvimento das ações de média e alta necessária e complementar. Quais seriam os serviços necessários para a continuidade da atenção ao paciente e para o coletivo, apontados a partir da realidade epidemiológica que se está trabalhando no território local, pela APS.

Entretanto, não podemos desconsiderar a limitação da proposta brasileira no sentido de amplitude de alcance populacional. Nos mais de 15 anos de Saúde da Família, conseguimos uma cobertura de 50% da população, que melhoraram sobremaneira os indicadores de qualidade de vida e saúde da população sob sua responsabilidade. Mas em muitas situações, a qualidade de sua estrutura e funcionamento tem sido questionável frente à política nacional de atenção básica, por limitações muitas vezes fora da capacidade de gestão do SUS.

As questões as quais os gestores municipais têm frequentemente se obrigado a responder são:

“E os outros 50% da população? Não são dignos de uma atenção primária organizada e estruturante?

Como formular uma rede quando 50% da população não têm uma atenção primária organizada?

No caso do SUS, a Atenção Básica ainda pouco tem interferido na estruturação do sistema quer por sua resolutividade quer por sua abrangência. Esta estruturação é mais determinada pela oferta de serviços de MAC a partir de interesses nem sempre pactuados regionalmente, tendo como determinantes muitas vezes apenas a viabilidade privada ou ‘correligionariedade’ política. Um Plano Diretor de Regionalização construído a partir de consensos entre os gestores municipais e estadual, que seja funcional e não administrativo/político, que inclua uma Programação Pactuada Integrada dinâmica e um Plano Diretor de Investimento regional determinado pela demanda sanitária regional a partir de uma necessidade de referência para a atenção primária local ainda parece ser uma imagem objetivo. O desfinanciamento, os interesses econômicos e políticos desvinculados da regionalização tem sido superiores as necessidades de um planejamento de investimento que tenha como base as prioridades das necessidades locais.

Outra grande questão insuficiente na construção de uma atenção básica resolutiva é a gestão da informação, com mais de 400 sistemas de informação e desatualizados, servindo quase exclusivamente a um “controlismo” da esfera federal e de pouca utilidade como instrumento ou para o fortalecimento da gestão municipal. Para o Conasems, o monitoramento e avaliação, como integrante do processo permanente

de planejamento são elementos vitais e necessários, desde que isto signifique uma melhoria da capacidade de gestão das três esferas de gestão do SUS. Será que cabe mesmo unicamente à gestão municipal a preocupação de sistemas de informação que sejam instrumentos de gestão municipal ou esta insuficiência ou deveria ser esta uma meta do SUS para o seu aprimoramento?

Estes são partes dos grandes desafios a serem enfrentado pelo movimento dos gestores municipais de saúde principalmente no âmbito dos Colegiados de Gestão Regionais.

REFERÊNCIAS:

- 1-Conill E M. *Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008.
- 2- Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002
- 3- Sousa MF, Hamann E M. *Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?* Ciência e saúde coletiva vol.14 supl.1 Rio de Janeiro set./out. 2009.
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

2. CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA

A intenção é contribuir para a formulação de um diálogo entre o já consensuado sobre rede e o modelo de atenção em construção a partir da proposta da Política Nacional de Atenção Básica. Ou seja, qual a atribuição da Atenção Básica no desenho e gestão das linhas de cuidado e como elas devem ser organizadas a partir das necessidades, agravos e riscos, incluindo o risco presumível sanitário.

APS COMO GESTORA DO CUIDADO

O manejo de caso deve ser instituído pelos serviços de saúde sempre a partir do profissional responsável técnico com habilitação ética para tanto. Entretanto, as discussões atuais apontam para a construção de condutas baseadas em evidências

científicas ou protocolos aprovados institucionalmente, maximizando condutas homogêneas e minimizando as condutas profissionais personalizadas. Veja o texto publicado na HARVARD BUSINESS REVIEW EM ABRIL 2010.

Richard Bohmer, professor de Harvard no artigo “Designing Care: Aligning the Nature and Management of health Care”/2009

“POR QUE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE PRECISAM SE REINVENTAR?”

Embora a explosão do conhecimento científico nos últimos 30 anos tenha alterado profundamente o modo como o doente é tratado, estruturas e processo da maioria das organizações de saúde são herança de tempos passados. Em relação aos avanços científicos da medicina:

ANTES

- *Causa de problemas de saúde era desconhecida*
- *Não havia como prever a evolução da doença*
- *Resultado de tratamento era incerto*
- *Cada paciente era único e manifestava*
- *Profissionais e instituições fragmentados e independentes, dispersos pela comunidade; hospitais diversificados com recursos para tratar doença complexas*
- *Por solicitação do paciente*
- *Em instalações de saúde especificamente configuradas, como o consultório médico, um hospital ou clínica*
- *Diagnóstico e tratamento customizados a critério de cada médico*

DEPOIS

- *Diagnósticos mais precisos, opções de tratamento mais bem especificadas e tratamentos mais confiáveis*
- *Evolução da doença, complicações comuns e suas causas são mais bem caracterizadas.*
- *Subpopulações de pacientes com a mesma doença foram definidas.*
- *Profissionais que não são necessariamente médicos*
- *Antes de complicações ou agravamento do quadro*
- *Nem sempre num cenário em que paciente e profissional de saúde estejam frente a frente; em lugares como a casa do doente ou uma academia de ginástica.*
- *Diagnóstico e tratamento com base em protocolos altamente detalhados e regras de decisão (algorítmicos); tratamento voltado a populações específicas de pacientes.*

Veja que este texto não é novidade como discussão no Brasil e na Europa, a novidade é que esta é uma posição que está a se desenvolver em um país onde o setor privado é absoluto e hegemônico.

Cada serviço deve ser responsável na construção de seu manejo clínico, incluindo os profissionais médicos e demais nesta formulação. Não queremos discutir aqui a responsabilidade ética ou clínica do médico, não é este o foco. Este é um tema em desenvolvimento no mundo todo, inclusive no Brasil com a lei do ATO MÉDICO.

Portanto, a responsabilidade pelo manejo clínico é dividida pelo profissional e pela instituição, na medida em que se é pactuada, sob a anuência do respectivo conselho profissional.

O que discutimos é que o manejo clínico é uma das dimensões da gestão do cuidado, que entendemos como uma questão mais ampla. A Gestão do Cuidado é parte da relação do paciente com o sistema de saúde. Um destes serviços que compõe este sistema devem se responsabilizar pelo acompanhamento geral destas necessidades, na lógica de adequação às demandas científicas necessárias à continuidade da atenção deste paciente, considerando o manejo clínico e protocolos clínicos de cada instituição e da regulação do sistema.

O que afirmamos é que o profissional da atenção primária pode com maior clareza apontar e gerir os fluxos para a continuidade da necessária assistência em cada caso clínico quando esta continuidade se fizer necessária fora dos serviços de atenção primária. Esta é uma construção da corresponsabilidade que deve haver entre o serviço de saúde e o indivíduo enquanto pleno de seu direito de cidadania.

Consideramos esta questão um duplo desafio dos gestores municipais de saúde, encarregados de equacionar no âmbito de sua gestão, as pressões entre as diferentes categorias profissionais e a relação entre os serviços que constituem o universo da continuidade da atenção necessária ao cidadão e à comunidade ou população específica.