

# entrevista

ADAIL DE ALMEIDA ROLLO

*Diretor de Articulação de Redes de  
Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde*

## Atenção à saúde: política em expansão

Uma teia de assistência hospitalar, formada por profissionais e gestores de saúde para levar ações de atendimento médico de qualidade ao cidadão, melhorando os indicadores de saúde no Brasil. A proposta representa um desafio para os que lutam pela implantação das Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde. As redes são desenhadas a partir de um conceito que inclui planejamento, gestão e financiamento em cooperação intergovernamental – nas três esferas – e permitem soluções de saúde integradas e adaptadas às necessidades da população de cada região. Esse princípio serve de base para um tipo ideal de organização de saúde, que é meta a ser atingida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como estratégia de transição hoje os chamados Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias). A idéia de regionalização da saúde nasceu na Inglaterra, onde foi idealizado o primeiro modelo de redes de atenção, em 1920. A iniciativa foi tão bem-sucedida naquele país que, posteriormente, chegou a ser “copiada” por russos e cubanos.





Fotos de Gabriel Jabour

“Só conseguiremos abrangência e cobertura, se nos organizarmos em redes de serviço, de forma complementar e integrada.”

No Brasil, com a crise do Inamps, na década de 1970, foram iniciadas ações de integração no setor, como explica o diretor de Articulação de Redes de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, Adail de Almeida Rollo. Em entrevista à **Rede Câncer**, Adail relata a estratégia central do ministro José Gomes Temporão de regionalização das redes integradas de atenção à saúde. Fala ainda do formato da Diretoria de Articulação, área nova, responsável por uma grande estratégia para recuperar a implantação de tais redes. “Só conseguiremos abrangência e cobertura, se nos organizarmos em redes de serviço, de forma complementar e integrada”, defende Adail. A Lei Orgânica 8.080, um dos fundamentos do SUS, reafirma essa questão, colocando a articulação em rede como pressuposto para avançar na integralidade da saúde no país. A previsão do Programa Mais Saúde, do Ministério da Saúde, é de que até 2011 sejam implantados 400 Territórios Integrados no Brasil.

Médico clínico, Adail Rollo tem especialização em Saúde Pública pela Unicamp e experiência na área de gestão. Já foi secretário de Saúde de Sumaré, em São Paulo, e diretor-presidente do Hospital Municipal Dr. Mário Gatti, de Campinas, também em São Paulo. Paulista, atualmente mora em Brasília, com a mulher, também médica. Neto de parteira e irmão de médicos, o contato com as questões de saúde se fez presente cedo na vida de Adail. “Faço parte de uma geração que lutou pela democracia e pelas questões sociais. Participei do movimento de reorganização do Sistema de Saúde e, desde então, atuo na área”, comenta.

Adail é também profissional de apoio a ensino, pesquisa e assistência da Unicamp, na área de Planejamento e Atenção à Saúde, e médico na área de Gestão e Planejamento da Prefeitura de Campinas. Ao longo de sua trajetória, somou outras experiências importantes, como a coordenação da política nacional de humanização da Secretaria de Atenção à Saúde, até chegar à Diretoria de Articulação das Redes de Atenção à Saúde, em 2007, cargo que ocupa até hoje.

#### **REDE CÂNCER – De que forma o Ministério da Saúde pretende expandir as Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde?**

ADAIL ROLLO – Por meio dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias), na concepção formulada pelo Pacto pela Saúde, em 2006, como regiões que funcionam a partir da gestão do cuidado coordenada pela atenção básica. Os Teias consistem, portanto, em uma estratégia intermediária de transformação dos atuais sistemas de saúde, que são fragmentados e de baixa capacidade de gestão, em redes regionalizadas, mais fortes, em termos de gerenciamento, ultrapassando questões políticas locais e somando esforços para um atendimento ágil e de qualidade à população.

#### **REDE CÂNCER – Como o Ministério da Saúde estrutura os Territórios Integrados de Atenção à Saúde (Teias)?**

ADAIL ROLLO – A constituição de um Teia



pode se dar entre municípios, entre estados e mesmo entre países, desde que as unidades tenham identificação em termos culturais. A partir das necessidades de saúde da população a ser atendida, programamos a oferta assistencial, que deve ser feita para atenção básica, especializada e hospitalar de uma determinada região. A metodologia de modelagem dos Teias inclui, em primeiro lugar, a conformação do território, que deve ter entre 100 mil e até 400 mil habitantes, a detecção dos principais problemas de saúde e, então, a criação de um plano de investimento tripartite, para, com os recursos disponíveis, iniciar a ação assistencial.

#### **REDE CÂNCER – Quando foi retomada a questão dos Teias no país?**

ADAIL ROLLO - Em 2006, com o Pacto pela Saúde, é retomada a questão da regionalização, com critérios mais flexíveis, de acordo com a diversidade existente no país. É um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios), com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade no SUS. O Pacto também redefine as responsabilidades de cada gestor. Entre as prioridades, estão a redução da mortalidade infantil e materna, o controle das doenças emergentes e endemias (como dengue e hanseníase) e a redução da mortalidade por câncer do colo do útero e de mama, entre outras.

#### **REDE CÂNCER – Quais são os maiores desafios para o sucesso dos Teias?**

ADAIL ROLLO – O desafio desses territó-

rios em rede é fazer uma gestão que integre diferentes localidades, uma vez que as unidades vão atender populações de diversos municípios, com realidades distintas. As primeiras iniciativas foram feitas no Ceará. Curitiba tem também uma boa experiência. Recentemente, Minas Gerais e Sergipe estão em bons momentos de implantação. Basicamente, há dois fatores que contribuem para o sucesso dos territórios: o compromisso dos dirigentes e o envolvimento das equipes de saúde. Estamos aprendendo também com outros países, como Espanha, Canadá e Cuba. Para que um Teia funcione bem, pretendemos colocar mais recursos na atenção primária e secundária, ou seja, construir pronto-socorro onde não há, criar mais leitos. Dificuldades existem, pois cada região tem as suas particularidades.

#### **REDE CÂNCER – Como é determinada a criação de um Teia?**

ADAIL ROLLO – O critério de modelagem dos Teias é a proximidade e o sentimento de pertencimento devido à interatividade cultural das regiões. É necessário trabalhar também em escala, ou seja, na criação de grandes hospitais que atenderão populações de mais de um município para baixar custos e viabilizar a rede. Outro conceito novo importante que a saúde está trabalhando é priorização da atenção básica, em que é necessário fazer um diagnóstico de qualidade e seguro para que toda a rede de cuidados funcione sem desperdícios. Os países que apresentam sustentabilidade na saúde têm atenção primária forte, equipes valorizadas. Isso acontece na Espanha, no Canadá e na Inglaterra, entre outros países.

#### **REDE CÂNCER – Quais serão os principais benefícios imediatos para a população?**



ADAIL ROLLO – Os benefícios de ter uma rede de atenção de boa qualidade se refletem em vários aspectos, como redução da mortalidade infantil, de doenças crônicas e da taxa de internação, entre outros. O que o programa Mais Saúde, do Ministério da Saúde, define como meta é que, até 2011, existam ao menos 400 Teias implantados no Brasil. É um desafio instigante e difícil. Precisamos de recursos e políticas de valorização de profissionais da saúde e de gestores, além de boa formação das equipes. Dentro dos Teias haverá centros especializados oncológicos e ampliação de acesso à farmácia e aos medicamentos, entre outros. Já há previsão orçamentária de recursos para a implementação de atenção primária e secundária nessas 400 regiões.

#### **REDE CÂNCER – Qual o impacto da estruturação efetiva desses territórios para o controle do câncer no país?**

ADAIL ROLLO – Infelizmente, o que vemos hoje no SUS é que pacientes chegam com a doença em estágio já avançado, com menos chances de boa sobrevida. Nesse novo modelo de gestão, pretendemos realizar o diagnóstico da doença mais precocemente para aumentar e melhorar a sobrevida dos pacientes, com a otimização de serviços de detecção precoce. Vale ressaltar que, ao analisar a mortalidade proporcional no período de 1930 a 2003, observa-se uma transformação no perfil de morte da população brasileira. Enquanto as mortes por doenças infecciosas e parasitárias foram reduzidas de 46% para 5% no período, os óbitos relacionados às doenças crônicas não-transmissíveis – DCNTs (doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas) tiveram um aumento

substancial, chegando, em 2003, a dois terços da totalidade das causas conhecidas de morte. Para se ter uma idéia, nos países em que há sistema de saúde bem-sucedido, a taxa de óbitos de doentes crônicos, por exemplo, é de 300 por 100 mil habitantes. A do Brasil é de 600 por 100 mil habitantes, portanto temos muito o que fazer. No caso do controle do câncer, especificamente, o que se pretende é ampliar o acesso às ações de prevenção e diagnóstico precoce da doença com a implantação dos Teias.

#### **REDE CÂNCER – O Ministério da Saúde espera uma mudança de paradigma na atenção básica com as redes regionalizadas?**

ADAIL ROLLO – Nos Teias, temos instrumentos de gestão clínica para obtermos bons resultados e mudança de indicadores. Daí a importância do prontuário eletrônico e das trocas de experiência a distância, entre outras iniciativas. Os Teias fazem parte de um processo novo de regionalização da saúde. É um processo de mudança que está em curso na forma de organizar o SUS. Há locais mais avançados e outros menos. Na modelagem e estruturação do território, é fundamental o fortalecimento da atenção primária e a capacitação de profissionais para a nova modalidade de gestão. Se estudarmos os modelos de saúde, nos sistemas que utilizam rede, como o inglês, os custos por paciente são de US\$ 1.500 a US\$ 2.000 por habitante por ano. Nos demais, esses custos podem chegar até o dobro ou mais. A boa gestão em rede, além de reduzir gastos, melhora também os indicadores de saúde. Esse é o grande fundamento, pois a produção de saúde tem uma série de condicionantes muito amplas. Para haver bons resultados nesse setor, é necessário fazer convergir várias tecnologias e ações.