

UNIDADE 2

A ORGANIZAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Discutir os conceitos de regiões/territórios e níveis de complexidade/densidade tecnológica;
- ▶ Apontar os passos necessários à organização de linhas de cuidado;
- ▶ Identificar a necessidade de mecanismos específicos de articulação entre os níveis de complexidade/densidade tecnológica; e
- ▶ Compreender a correlação entre o planejamento e os mecanismos de gestão de redes.

INTRODUÇÃO

Caro estudante,

Nesta Unidade, veremos cada um dos componentes da organização de redes, também chamados de perfis ou funções, e compreenderemos como devem ser articulados para compor um todo funcional de forma a garantir princípios como a universalidade, a equidade e a integralidade.

Você verá também que para que esse funcionamento ocorra de maneira satisfatória é fundamental que haja a presença de algumas estratégias de coordenação e que os investimentos em unidades, equipamentos e contratação de pessoas sejam realizados a partir de uma perspectiva de racionalidade sistêmica regional.

Faça a leitura atenciosa desta Unidade e busque compreender a lógica de organização dos serviços de saúde em rede como um todo funcionalmente articulado.

Vamos lá, inicie logo a leitura! Se tiver dúvidas, faça contato com seu tutor.

Atualmente, o maior desafio do SUS é a sua consolidação, ou seja, como garantir o direito à saúde e o acesso aos serviços de saúde conforme definidos na Constituição? Dentre as diretrizes do SUS, está a constituição de redes hierarquizadas e regionalizadas de serviços, que, como você aprendeu na Unidade 1, foi a estratégia seguida por todos os países que criaram seus sistemas de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

A regionalização e a hierarquização sempre estiveram na base das propostas de reorganização do sistema de saúde brasileiro, ainda nos primórdios da luta pela reforma sanitária, e foram



Saiba mais

Conferência Nacional de Saúde

Essa conferência foi o grande marco na história das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou de discussões da conferência. Suas propostas contemplaram o marco da luta pela unificação do sistema e conformaram a agenda que seria incorporada à Constituição de 1988 que criou o SUS. Fonte: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124>. Acesso em: 5 jul. 2010.

definidas como estratégia central na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

No entanto, ao longo da década de 1990, em razão dos próprios rumos do processo de descentralização, a instituição de redes deixou de ser o eixo em torno do qual se organizava o SUS – mesmo que a proposta pudesse continuar a constar de planos e de debates. E foi apenas a partir da publicação da *Norma Operacional da Assistência à Saúde* (NOAS), publicada

em 2001, que a regionalização voltou ao centro da discussão.

Recentemente, o documento *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão* definiu a regionalização como eixo estruturante de sua dimensão de gestão, ou seja, ela deve orientar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006).

A construção de redes de serviços é um desafio de enorme complexidade que envolve uma gama muito ampla de dimensões, que vai desde a definição do “desenho” da rede, compreendendo várias unidades, seus diferentes perfis assistenciais e a articulação funcional entre elas, até os mecanismos de gestão, financiamento e avaliação de resultados.

Na Unidade 1, estudamos a origem do conceito de organização em redes e discutimos a maneira como o modelo foi adotado pelos sistemas de saúde universais. Nesta Unidade, apresentaremos os conceitos básicos acerca da regionalização e da hierarquização de serviços. Como você irá observar em muitas situações ao longo do texto, os conceitos apresentados são os

princípios básicos sobre os quais se organizam as redes de serviços. Mas isso não quer dizer que a forma específica como os serviços e as ações são organizados deva ser a mesma em todos os casos. Pelo contrário, embora sigam os mesmos princípios, a conformação específica da rede em cada caso pode e deve ser diferente, levando em conta as especificidades locais.

ORGANIZAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO: CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Como observado pela experiência internacional, os países que construíram sistemas de saúde de base universal e que conseguiram garantir efetivamente a cobertura e o acesso, o fizeram por meio do modelo de redes hierarquizadas e regionalizadas. Isso se deu porque existe uma relação intrínseca entre a organização da atenção em redes e os objetivos de universalidade, equidade e integralidade.

A construção de redes baseia-se no fato de que, na maioria das populações, são mais frequentes os casos que necessitam de atenção realizada em serviços de menor complexidade – ou de menor densidade tecnológica – do que aqueles de maior complexidade. Para utilizarmos exemplos extremos, felizmente são mais frequentes os casos de gripes, de diarreias, de crises hipertensivas do que de tumores cerebrais.

Desse modo, para que o sistema possa atender às necessidades de saúde, são necessários mais serviços capazes de atender gripes e diarreias do que capazes de realizar neurocirurgias eletivas. Portanto, os primeiros serviços devem necessariamente estar mais perto da população do que os segundos serviços.

De outro modo, a instituição de serviços de neurocirurgia pressupõe equipamentos sofisticados e caros e recursos humanos altamente treinados e escassos. Para que seja justificado seu investimento, do ponto de vista econômico e social (quando se trata de serviço público, financiado com recursos públicos), é necessário um número suficiente de casos para que esse serviço não se torne ocioso. E, além de evitar a ociosidade dos serviços, duas outras

questões embasam a necessidade de concentração nos processos de produção de cuidados de maior densidade tecnológica em serviços maiores.

A primeira questão diz respeito à eficiência – melhor uso dos recursos – e se refere às economias de escala, por exemplo, quando consideramos um serviço cirúrgico, precisamos considerar toda a infraestrutura necessária para mantê-lo em funcionamento: o serviço de esterilização, o laboratório, a anatomia patológica, os serviços e contratos de manutenção de equipamentos etc. Boa parte desses gastos, inclusive os de pessoal, são fixos, ou seja, não variam com a produção. Por isso, manter uma sala cirúrgica para a realização de processos complexos é relativamente mais caro do que manter duas, ou seja, manter uma UTI com dois leitos é relativamente mais caro do que manter uma UTI com cinco leitos. Consideradas sob as mesmas condições e mantidas todas as outras variáveis, o custo médio dos procedimentos na primeira situação será mais caro do que na segunda.

A segunda questão diz respeito à qualidade. Para os serviços de maior complexidade, o maior volume da produção está relacionado à sua melhor qualidade. Dessa forma, em um serviço de cirurgia cardíaca, que realiza um procedimento por semana, as dificuldades para manter a **expertise do staff*** são maiores do que em um centro que realiza cinco cirurgias por dia. Logo, para que um serviço possa se tornar um centro formador de recursos humanos é necessária uma produção mínima que permita o seu treinamento.

Considerando o mesmo exemplo, podemos observar que um número suficiente de casos de neurocirurgia eletiva somente pode ser gerado por uma população muito maior do que a necessária para gerar casos de gripes, de diarreias e de crises hipertensivas. Portanto, para que seja possível à rede oferecer serviços mais complexos sem o risco de ociosidade, com o benefício da **economia de escala*** e mantendo a qualidade, é necessário que os serviços sejam direcionados a populações mais amplas do que aquelas nas quais os serviços se limitam à atenção de patologias mais comuns.

Por isso, na medida em que a equidade – da qual a igualdade de acesso é uma das dimensões – é um dos princípios do sistema,

***Expertise do staff** – competência da mão de obra. Fonte: Elaborado pelos autores.

***Economia de escala** – implica redução de custos unitários decorrentes de aumento no volume da produção. Fonte: Lacombe (2004).

centralizar os serviços mais complexos é a única forma de garantir o acesso a todos que deles necessitem. Esse, portanto, é o pilar da proposta de bases populacionais diferentes para diferentes serviços, e de uma rede de serviços hierarquizada, no sentido de regulação das referências de um nível para outro.

A rede constitui-se num conjunto de unidades de diferentes perfis e funções, organizadas de forma articulada e responsáveis pela provisão integral de serviços de saúde à população de sua região. Dessa forma, para que efetivamente seja constituída uma rede, duas questões são centrais: a responsabilização pela atenção ao paciente e a articulação efetiva entre as unidades para garantir à população não apenas o acesso nominal, mas a continuidade do cuidado.

A região, por sua vez, é a base territorial e populacional com autossuficiência em serviços até o nível de complexidade definida. A definição da área geográfica e populacional da região depende da área total; do tamanho da população; das formas de distribuição e ocupação da área; além das características sociais e culturais.

A região não é criada pelo sistema de saúde. É, na verdade, o reconhecimento, pelo sistema, de uma região, de um território que existe no mundo real que tem base não apenas territorial e populacional, mas também social e cultural.

A região pode abranger várias cidades, englobar apenas uma cidade e sua periferia, ser parte de uma cidade e pode (ou não) coincidir com a divisão administrativa e política do país ou Estado. Pela sua diversidade, não é possível pensarmos em um único tamanho/tipo de região para todo o país. Um exemplo seria o clássico caso inglês de sistema organizado em redes: ainda que o distrito inglês tenha sido pensado como territórios, com algo em torno de 150/200 mil pessoas por território, na prática os distritos têm em média 250 mil habitantes, mas podem variar entre 80 e 900 mil.

Essa última observação demonstra uma das mais importantes questões acerca da rede de serviços: embora existam princípios gerais que definem as funções dos diferentes tipos de unidades em uma rede, essas não são construídas por meio de modelos rígidos, tais como “regiões devem ter x habitantes” ou

Nesse mundo, a população ocupa o espaço de uma determinada maneira e estabelece fluxos e estratégias de acesso aos serviços de saúde.



“um hospital de nível secundário deve ser referência para y pessoas”. Esses parâmetros são, na realidade, orientações gerais a serem adaptadas a cada situação. Assim, um dos maiores desafios ao planejamento e à programação é a questão de como traduzir o conceito de rede de serviços para uma determinada realidade. Se as regiões (e os distritos) são diferentes, também são diferentes seu perfil epidemiológico, suas demandas e suas necessidades.

Ademais, para uma mesma necessidade ou problema de saúde, existem diferentes composições de recursos que derivam de resultados comparáveis, em termos de indicadores de saúde e de satisfação do paciente.

White et al. (1977) em estudo clássico, promovido pela OMS que analisou a utilização de serviços de saúde em 12 regiões de sete países, constataram que para tratar as mesmas patologias, a composição de recursos muitas vezes era diferente e os resultados mostraram a possibilidade de substituição entre elas. Observaram, ainda, que de acordo com a oferta, os mesmos tipos de casos eram tratados em ambulatório ou internação e os resultados ou a aceitação por parte do pacientes não mostraram grandes diferenças. Ou seja, o estudo mostrou que não há uma maneira ideal de prover os serviços de saúde; em vez disso, existem escolhas que o planejador e o formulador de políticas devem fazer para a alocação de recursos no atendimento às necessidades.

Outra questão central apontada pelo estudo é que para que seja estabelecida uma rede é necessário que cada nível resolva os problemas que lhe foram atribuídos. Mas como garantir a capacidade de resolução em cada nível?

Costumeiramente, encontramos a afirmação de que a rede básica (ou o primeiro nível, ou a atenção primária) é capaz de resolver 80, 85 ou 90% dos casos. No entanto, embora largamente repetida, essa afirmativa está longe de constituir verdade absoluta, pois a rede básica pode variar de acordo com o nível de atenção.

No primeiro nível do sistema, por exemplo, a rede somente será capaz de atender (e resolver) 80% dos casos se esses estiverem claramente explicitados, ou seja, se informarem qual a composição desses 80%, quais os recursos necessários para tratá-los, além de garantir que os serviços estejam organizados e equipados adequadamente.

Lembremos de que na medida em que as condições de vida e saúde são específicas, também o é o perfil epidemiológico. Dessa forma, o que constitui 80% dos casos na Suécia, por exemplo, é absolutamente distinto do que constitui os 80% dos casos no interior do Nordeste. Logo, a única forma de garantir que determinado serviço ou nível de atenção seja resolutivo é a partir da definição prévia de quais funções cabem a cada serviço/nível da rede e o tipo de ações e atividades que devem ser realizadas, de modo que os serviços possam ser organizados e equipados para cumpri-las.

CONSTRUINDO A REDE DE ATENÇÃO: FUNÇÕES E PERFIS ASSISTENCIAIS

Agora que sabemos da relevância das redes no serviço de saúde, vamos estudar as funções e os perfis assistenciais de cada um dos níveis de atenção à saúde.

O PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO

As funções do primeiro nível de atenção podem ser definidas em três linhas básicas, a saber:

- ▶ são aquelas ligadas a valores, à atenção, ao acolhimento, ao pertencimento, à confiança, à responsabilização;
- ▶ é a produção de ações e serviços, tanto de promoção e prevenção como de tratamento e acompanhamento; e
- ▶ é o ordenamento do sistema (porta de entrada).

Para cumprir essas funções, ou parte delas, diferentes países optam por composições distintas de recursos: generalistas autônomos, generalistas em centros de saúde, equipes em centros de saúde, policlínicas etc., que expressam diferentes formas de articular os recursos e as ações de saúde.

Outra questão importante que precisamos atentar com relação ao primeiro nível de atenção é que para cumprir essas funções ele deve ser dotado de complexidade – que não se expressa

necessariamente em equipamentos, mas na qualidade dos recursos humanos – e de articulações funcionais que garantam acesso aos demais níveis do sistema.

Em todo nível de atenção temos algumas questões que influenciam diretamente a resolubilidade da situação, seja ela positiva ou nem tanto. Aqui, no primeiro nível, uma das questões centrais que influenciam a baixa capacidade de resolução de problemas é a noção de que é possível resolver a maior parte dos problemas de saúde apenas por meio de medidas de promoção e de prevenção da saúde. Isso pode ser verdade, mas apenas para determinados perfis epidemiológicos ligados à extrema pobreza e caracterizados por doenças infecciosas e parasitárias.

No que diz respeito às doenças crônico-degenerativas – cardiovasculares, diabetes e algumas neoplasias – a prevenção implica mudanças muito mais complexas relacionadas ao estilo de vida, como o controle da dieta e do *stress* e a adoção de exercícios. Em outros casos de doenças altamente prevalentes, como o câncer de mama, por exemplo, pouco ainda se sabe sobre as possíveis medidas de prevenção.

Portanto, para a resolução de boa parte dos casos mais comuns apresentados ao sistema de saúde, não bastam medidas preventivas, mas são necessários também o tratamento e o acompanhamento, muitas vezes com necessidade de medicamentos e seguimento de exames laboratoriais e de imagem.

Você pode estar se perguntando: e quando o primeiro nível não cumpre esse papel?

Quando isso não acontece a única alternativa que resta ao paciente é a de buscar o serviço de emergência. Assim, a proposta de montagem de um nível primário de muita baixa densidade tecnológica implica que esse não seja capaz de resolver praticamente nenhum problema, ficando longe da meta de resolução dos 80% dos problemas de saúde de uma população, transformando-se, quando muito, em mero mecanismo de triagem.

O CUIDADO AMBULATORIAL DE ESPECIALIDADES

O modelo tradicional de rede de atenção é o de especialidades/serviços cujo acesso se dá por referência a partir do primeiro nível – denominados de cuidado secundário – por meio do estabelecimento de listas de espera. E assim como existem diferentes definições acerca de que especialidades devem ser ofertadas no primeiro nível, também existem diferentes composições de especialidades no nível secundário ambulatorial.

Em cada caso, a definição sobre a composição da oferta em cada nível é função do tamanho da população e da densidade demográfica, do perfil epidemiológico e dos recursos disponíveis. Assim, ao falarmos de territórios amplos de grande concentração populacional, como as regiões metropolitanas, precisamos considerar determinadas especialidades para as quais exista maior demanda, por exemplo, a cardiologia, a neurologia, a oftalmologia. Ou seja, no primeiro nível essas especialidades devem ser ofertadas para garantir a [resolutividade](#), evitando criar barreiras de acesso.

Da mesma forma, há diferentes modos de organizar a atenção ambulatorial especializada, que tanto pode ser ofertada em hospitais como em unidades ambulatoriais autônomas, por exemplo, as policlínicas. Por isso, dependendo da especialidade e considerando o equipamento necessário e o número de especialistas existentes, será necessária maior ou menor concentração de recursos.

Novas formas de produção do cuidado vêm modificando tanto a provisão de ambulatório especializado como as características do hospital. Vimos observando grande expansão do nível de cuidado ambulatorial, tanto pela transferência de casos



Saiba mais

Resolutividade

A avaliação da capacidade de resolução de problemas de saúde de um serviço específico, denominada de resolutividade, está relacionada à definição de seu perfil assistencial ou à atribuição de cuidar/tratar. Contudo, se um determinado serviço não tem seu perfil e funções previamente definidos e não consegue dar conta dos casos que lhe chegam – muito provavelmente de forma espontânea e sem mecanismos de referência – não podemos afirmar que é um serviço pouco resolutivo. Na realidade, é um serviço mal planejado. Fonte: Elaborado pelos autores.

que anteriormente seriam tratados por meio de internação hospitalar como pela incorporação de novas tecnologias. Assim, o ambulatório vem incorporando procedimentos complexos e desenvolvendo técnicas anestésicas e de cirurgia minimamente invasiva, possibilitando que vários procedimentos não requeiram mais internação.

OS SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E DE TERAPIA

Os serviços de diagnóstico e de terapia são comumente denominados “auxiliares” na prestação de serviços clínicos e envolvem diagnóstico laboratorial clínico de anatomia patológica e de imagem. Os de terapia, mais comumente referidos, são os de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia.

Embora muitas vezes referidos como um grupo aparentemente homogêneo, cada um desses tipos de serviço deve ser inserido de forma distinta no processo de cuidado. Os serviços de laboratório de análises clínicas podem ser organizados de forma centralizada ou cada unidade pode dispor de seu próprio laboratório, que caracteriza a forma mais tradicional encontrada em serviços públicos. E o fato de ser a forma mais usual não significa que seja a mais racional de organizar.

Sendo assim, não é por acaso que a centralização da realização de exames, com coleta descentralizada, é a forma de organização adotada pelo setor privado, já que permite o benefício das economias de escala. Isso porque os equipamentos são capazes de produzir muito mais exames do que a maior parte das unidades é capaz de gerá-los individualmente. Muitos dos insumos para realização de exames são disponibilizados em *kits* destinados a um grande número de procedimentos, nos



Saiba mais

Kits

Conjunto de elementos que atende a uma mesma finalidade, utilidade. Por exemplo, recentemente o Ministério da Saúde lançou o *Kit* Nacional para Diagnóstico da Influenza H1N1, tecnologia brasileira desenvolvida para identificar o vírus dessa gripe pandêmica: contém um produto (dois tubos) e os reagentes biomoleculares utilizados para a detecção do vírus. Fonte: Elaborado pelos autores.



deixando duas opções: ou abrimos o *kit* para a realização de um exame e perdemos o restante do material ou devemos aguardar até que apareçam outros casos e o *kit* possa ser aberto.

Qual dessas opções você achou mais aceitável? Será que as unidades de serviço devem dispor de laboratórios?

Nenhuma das opções parece razoável, evidentemente. Pois, com exceção de unidades que disponham de serviços de emergência e que evidentemente devem dispor de laboratórios adequados ao seu nível de complexidade, boa parte dos exames gerados pelos serviços de uma rede pode ser realizada em serviços centralizados, geridos de forma independente e mais eficiente e com a coleta do material realizada na unidade de origem, dispensando o deslocamento do paciente.

O serviço de diagnóstico por imagem é outro tipo de serviço beneficiado pela economia de escala, já que os equipamentos, em geral bastante caros, apenas se pagam se estiverem funcionando em plena capacidade potencial, ou seja, em vários turnos ao dia e, em alguns casos, se possível, durante 24 horas ao dia. Os insumos necessários são caros, mas é possível obter melhores preços por meio de compras centralizadas. Da mesma forma, os equipamentos e os prédios para abrigá-los devem possuir contratos de manutenção permanentes. Com os recursos humanos a realidade não é diferente, pois os colaboradores, tanto para a realização de exame como para a leitura de resultados, são especializados, raros e se beneficiam de um volume de produção maior para a manutenção de sua qualificação.

Todas essas características apontam para a proposta de centralização da produção desses serviços em unidades maiores – Centros Integrados de Diagnóstico – com mecanismos de gestão próprios, inclusive com a possível adoção de formas específicas de pagamento. Essas unidades poderiam funcionar em horários muito mais amplos do que os normalmente adotados pelas unidades de

saúde, permitindo a otimização da utilização dos recursos e a ampliação do acesso.

Nesse contexto, os serviços de anatomia patológica funcionam com uma lógica um pouco distinta. Eles são fundamentais para o estabelecimento do diagnóstico e para a definição do estágio de diversas patologias, em especial no campo da oncologia, e pressupõem um recurso humano extremamente especializado e muitas vezes escasso, mesmo nos grandes centros urbanos. Esses recursos humanos, diferentemente do caso da análise clínica, fazem parte da equipe de cuidado ao paciente e sua articulação com os demais profissionais envolvidos é fundamental para a definição do caminho do tratamento a ser seguido.

Esses serviços são dirigidos a bases populacionais mais amplas do que as dos serviços de laboratórios clínicos e, da mesma forma, há distinção de níveis de complexidade de equipamentos, de insumos e de recursos humanos para a realização de diferentes exames. Assim, cabe avaliar para cada caso que tipos de exames serão centralizados em um único serviço de referência.

A própria coleta do material e sua preparação para a realização do exame é complexa, assim como a sua interpretação, você concorda?

Podemos constatar essa complexidade se analisarmos os inúmeros problemas encontrados na coleta do material e na interpretação do resultado dos exames colpocitológicos para controle do câncer de colo uterino.

Agora, se analisarmos os serviços de terapia, iremos perceber que sua articulação na rede deve ser pensada de outra maneira, pois apesar de ser sua característica a realização de procedimentos que fazem parte de um processo de cuidado, na verdade, essa se constitui em subprocessos – como as sessões de quimioterapia, radioterapia ou hemodiálise. No entanto, diferentemente dos serviços de diagnósticos, esses procedimentos são parte integrante do cuidado.

Os dois primeiros subprocessos fazem parte da atenção ao pacientes oncológicos e o terceiro, ao paciente renal crônico.



Sendo assim, podemos afirmar que o sistema de pagamento por procedimentos – especialmente quando se tratam de procedimentos muito dispendiosos – tende a estimular a constituição de serviços de terapia independentes ou isolados, pois contribuem para a fragmentação do cuidado e não permitem a responsabilização pelo cuidado integral ao paciente.

OS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

A definição do que sejam casos de emergência e de urgência varia e é pouco precisa. De forma geral, as emergências são definidas como “[...] condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato[...]” e as urgências como “[...] a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata[...]” (CFM, 1995).

Perceba que tanto as urgências como as emergências podem ser oriundas de trauma (causas externas) ou de situações clínicas (infarto agudo do miocárdio, apendicite aguda etc.), o que nos permite afirmar que mesmo com a imprecisão das definições a maioria dos casos atendidos em serviços de emergência não são emergências ou urgências. Essa não é uma realidade encontrada apenas no Brasil. Estudos mostram que em países como a Dinamarca, a Suécia, a Nova Zelândia, os EUA, o Reino Unido, entre outros, ainda que apresentem percentuais bem mais baixos do que os nossos, isso também acontece.

Então, quais as necessidades que estão sendo atendidas pelo setor de emergência e não estão sendo em outros níveis do sistema?

Uma das necessidades diz respeito ao acesso, compreendido como a entrada no sistema a qualquer momento, com a certeza de ser atendido. Isso é particularmente importante quando há insuficiência na atenção primária – como no caso brasileiro. No entanto, em países com rede estabelecida, como no caso inglês, uma necessidade importante é a de escolha, pois uma vez inscrito com o médico clínico generalista, o paciente deve permanecer com esse médico por um período de tempo definido (em geral, no mínimo um ano) e qualquer consulta a outro médico dependerá de sua referência. Ademais, o serviço de emergência é buscado apenas quando o paciente sente a necessidade de uma segunda opinião.

Para que seja equacionado o problema de utilização dos serviços de emergência por casos que não tenham indicação para tal, existem diferentes estratégias: uma delas certamente é a organização do primeiro nível de atenção, mas de forma que contemple o problema do acesso. Por exemplo, um serviço de primeiro nível cujo acesso é determinado por um número limitado de senhas distribuídas pela manhã ou cujo funcionamento se dá em um horário restrito, na prática está impondo barreiras de acesso que levarão o indivíduo inevitavelmente à procura dos serviços de emergência.

Além de um primeiro nível que garanta a capacidade de resolução e acesso, existem outras estratégias para racionalizar a atenção às urgências e às emergências. Por exemplo, a instituição de centros de tratamento de trauma sem severidade; a disponibilização de serviços para o tratamento das urgências; a disponibilização de serviços de aconselhamento por telefone; o atendimento domiciliar de urgência etc.

O atendimento às emergências é composto de atendimento pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação. O atendimento pré-hospitalar pode ser organizado de várias formas. Em alguns países, a ênfase é dada à ampliação do tratamento pré-hospitalar, de modo a evitar, sempre que possível, que o paciente chegue ao hospital. Em outros casos, o tratamento pré-hospitalar consiste apenas em triagem e transporte aos hospitais.

Os serviços de emergência também podem ser organizados de diferentes maneiras. Uma opção é a concentração de todos os tipos de casos em apenas um serviço ou a organização de serviços diferenciados por tipo de emergência, na medida em que o processo de produção do cuidado aos diversos tipos de emergência é bastante diferente. Dependendo do número de casos a proposta pode ser a separação dos casos de trauma. Os [centros de trauma](#) são, em geral, serviços oferecidos por hospitais gerais, especializados em tratar os casos de trauma severo. Em alguns centros, os pacientes de trauma são separados em enfermarias e Unidades de Tratamento Intensivo especiais (UTIs).



Saiba mais

Centros de trauma

Nesses centros os recursos humanos são especializados e com vasta experiência no cuidado a pacientes politraumatizados graves. Pelo próprio peso da estrutura necessária, pelo perfil dos recursos humanos e por ser uma área em que o volume de produção está relacionado à qualidade, a organização de centros de trauma se justifica para bases populacionais maiores e com grande número de casos. Fonte: Elaborado pelos autores.

Temos também a questão das emergências clínicas. Muitas situações não chegam a ser emergências, pois parte dessas são casos crônicos agudizados, necessitando de internação clínica; outros são casos que necessitam de observação ou ainda são efetivamente emergências, como o coma diabético. Cada um desses tipos de problema poderia ser tratado em diferentes tipos de serviços, ligados à rede do primeiro nível, em hospitais gerais com pequenas emergências ou serviços de emergência propriamente ditos.

Outro problema central a ser enfrentado é a articulação do serviço de emergência hospitalar com os demais serviços do hospital. Nem todos os hospitais gerais devem dispor, necessariamente, de serviço de emergência – embora todos tenham obrigatoriedade de garantir acesso a seus pacientes em caso de emergência. Mas atenção: esse é apenas um tipo de perfil hospitalar.

Ademais, nem todos os serviços de emergência devem atender a todos os tipos de casos. Da mesma forma, o processo de reabilitação, quando necessário, é em geral bastante longo e não necessariamente deveria ser realizado inteiramente no hospital geral, podendo o paciente ser transferido a serviços especificamente criados e vinculados ao hospital de sua origem.

Sendo assim, podemos observar que concentrar todas as emergências num só hospital pode simplificar a organização dos demais serviços hospitalares; porém, considerando as especificidades do processo de atenção a cada tipo de emergência e dependendo do volume de casos, isso pode gerar serviços que se tornem abarrotados de pacientes, sem condições de cumprir todas as funções que lhe são propostas.

HOSPITAIS

As funções do hospital podem ser definidas como o cuidado ao paciente relativo à internação cirúrgica eletiva, à internação clínica, ao cuidado ambulatorial, à emergência e à reabilitação.

Além dessas funções assistenciais, que outras funções o hospital exerce? Você já parou para observar o hospital de sua região?

Além das funções assistenciais, o hospital exerce muitas outras que o tornam uma instituição extremamente complexa, por exemplo, o ensino, a pesquisa, a assistência social, a fonte de emprego, a legitimação, o poder político e a base para o poder corporativo.

As características dos outros componentes da rede definem e redefinem os hospitais. Em especial, as características do primeiro nível de atenção – o nível de cobertura alcançado, a acessibilidade, o grau de resolubilidade – determinam em boa parte a demanda que será gerada para o cuidado realizado nos hospitais, que também vão mudando com a incorporação de novas tecnologias. Um exemplo de mudança foi o advento da terapia para tuberculose, que levou ao fechamento de milhares de leitos e à extinção de um tipo de hospital.



Existem diferentes tipos de classificação de hospitais que consideram distintas dimensões. Uma forma de classificá-los é a partir da consideração de seu grau de complexidade, no qual em um extremo estão os hospitais de ensino e, no outro, os pequenos hospitais locais, gerando a classificação hierárquica tradicional de cuidado terciário, cuidado secundário e hospitais comunitários. Outra dimensão considera ainda os hospitais gerais e os especializados ou ainda a localização ou as características organizacionais (único ou múltiplo).

No entanto, nenhuma classificação dá conta de todas as dimensões e todas as classificações apresentam algum grau de limitação, especialmente as de definição hierárquica do cuidado, já que a fronteira entre hospitais de nível secundário e terciário é cada vez mais difícil de ser mantida. Em alguns casos, por exemplo, o hospital de nível secundário é organizado em clínicas cirúrgicas especializadas, enquanto em outros o cirurgião geral acumula as mesmas funções.

Com a crescente especialização, tornou-se impossível definir uma única base populacional para um único modelo de hospital. Cada especialidade é justificada para diferentes bases populacionais, por exemplo, a neurocirurgia necessita de uma base maior do que a dos serviços de oncologia.

Já os hospitais terciários se diferenciam dentro do grupo, por exemplo, um país pode ter dez hospitais terciários oferecendo cirurgia cardíaca para adultos e somente um com cirurgia pediátrica; vários podem fazer transplante renal e apenas um o transplante de fígado.

Ao considerarmos esses diversos grupos hospitalares, precisamos pensar na administração dos hospitais, pois há uma crescente crítica ao planejamento de hospitais de forma desvinculada dos demais componentes da rede. A definição do componente hospitalar, na realidade, é um “jogo” entre acesso, qualidade, custo e recursos existentes no qual devemos levar em conta alguns critérios:

- ▶ a base populacional;
- ▶ a distribuição da população;

- ▶ o perfil epidemiológico;
- ▶ a função na rede; e
- ▶ a concentração de recursos em função de economias de escala e a relação volume *versus* resultado.

ARTICULAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DA REDE, DEFINIÇÃO DE PERFIS, REGULAÇÃO

Para que seja possível configurar uma rede de serviços de saúde efetiva, é necessária a existência de um conjunto de unidades de diferentes portes, níveis de complexidade e capacidade tecnológica, em número suficiente para garantir cobertura a uma determinada população e trabalhar com uma composição de recursos adequada em cada nível para garantir a resolubilidade e a qualidade da atenção na provisão de cuidado.

No entanto, ainda que essa seja uma condição *sine qua non** para que uma rede exista, ela não é suficiente. É necessário ainda que esse conjunto de unidades trabalhe de forma articulada, responsabilizando-se pela atenção integral à população de sua região (ou distrito, ou microrregião).

Comumente, quando ouvimos falar em montagem de redes de serviços de saúde, pensamos em mecanismos de referência e contrarreferência, compreendidos como as formas pelas quais um paciente caminha ao longo da rede. Contudo, pela descrição do funcionamento dos serviços em redes estabelecidas, podemos perceber que esses mecanismos não são, em absoluto, meras fichas de encaminhamento ou de solicitação de exames distribuídas aos pacientes para que busquem resolver, por sua própria conta e risco, de que forma serão operacionalizadas. Logo, os mecanismos de referência e contrarreferência somente têm sentido e funcionam como tal na medida em que expressam o compromisso com o caminhar dos pacientes, de modo a garantir o acesso ao conjunto de tecnologias necessárias para o cuidado do problema apresentado, ou seja, é uma definição e um acordo prévios quanto ao que cabe a cada unidade de saúde tratar e cuidar em termos de número e

**Sine qua non* – expressão latina que significa ‘sem a qual não’ e que se aplica para designar uma condição indispensável à realização ou validade de algum ato. Fonte: Cegalla (2008).

tipos de casos a serem atendidos, o que de modo geral é definido como o perfil assistencial.

A definição de perfis assistenciais em uma rede é uma tarefa complexa, pois muito raramente podemos construir redes de serviços a partir do zero, com novos investimentos e nas quais o gestor tenha o completo poder de definir o que e como operará em cada unidade. No mundo real, redes de serviços são construídas a partir de unidades pré-existentes, com suas próprias composições de recursos e “vocações” institucionais. Essa realidade deve ser levada em conta quando se pensa a definição de perfis.

Outra questão relacionada aos perfis assistenciais é que as definições mais simplistas, tipo hospitais terciários, na prática, apresentam certo grau de limitação, já que nem sempre todos os serviços de um hospital guardam coerência quanto ao seu grau de complexidade. Muitas vezes, encontramos no mesmo hospital um serviço de transplante de fígado, naturalmente de referência, ao lado de um serviço de pediatria, por exemplo, de baixa complexidade. Na mesma linha, dentro do mesmo hospital podemos encontrar um serviço de cirurgia cardíaca para adultos e um pediátrico, de modo que a base populacional a que pode o primeiro servir de referência é menor do que a do segundo. Assim, a definição das referências e dos caminhos ao longo das redes, especialmente para os serviços hospitalares de maior complexidade, pode e deve ser feita para cada tipo de serviço, articulando-se em linhas de cuidado.

Então, a quem cabe definir o perfil assistencial das unidades que compõem uma rede, suas funções e responsabilidades?

Sem dúvida, o funcionamento da rede é responsabilidade do gestor do sistema em cada nível, a ser pactuada nas instâncias devidas. O fato de ser responsabilidade do gestor não quer dizer que o perfil deva ser definido apenas por ele. Muito pelo contrário, é um processo que necessariamente deve ter a participação e o compromisso de todos os atores envolvidos para que seja efetivo.

Contudo, a responsabilidade final é daqueles que respondem à população e à sociedade, ou seja, são os gestores em seus diferentes níveis.

Na prática, isso significa que não cabe ao médico ou à assistente social ou a qualquer outro profissional operando na ponta a responsabilidade de encontrar uma vaga para que um paciente seja transferido ou encaminhado a outra unidade para realização de um exame – atividades que costumam tomar grande parte do tempo e da energia dos que deveriam ocupar seu tempo cuidando de pacientes. Essas definições, referências garantidas para a realização de exames ou de atendimento especializado ou transferência para unidades que assumam pacientes que necessitem de cuidados prolongados, devem estar previamente dadas, pactuadas e garantidas.

Mas como podemos definir esses caminhos?

Uma das formas propostas tem sido a instituição de centrais de regulação – instâncias que seriam responsáveis por definir o fluxo de pacientes ao longo da rede. Embora mais e mais centrais venham sendo implantadas, a custos muitas vezes significativos, nem sempre os resultados obtidos são os esperados. Isso ocorre porque as centrais de regulação são um instrumento fundamental para operacionalizar o fluxo de pacientes em uma rede já constituída e com papéis e perfis definidos, pactuados e assumidos. Ou, simplesmente, porque a central é capaz de funcionar quando há uma rede a ser regulada, mas não é capaz de criá-la onde ela não exista. Tanto é assim que, de acordo com o Ministério da Saúde,

[...] a regulação da assistência pressupõe a realização prévia, pelo gestor, de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere os aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e as condições de acesso às unidades de referência; a definição da estratégia de regionalização que

explícite a inserção das diversas unidades na rede assistencial e responsabilização dos vários municípios na rede hierarquizada e regionalizada; a definição das interfaces da estratégia da regulação assistencial com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação. (BRASIL, 2002).

Além da definição de perfis e de funções, de fluxos e de mecanismos institucionalizados de referência e de contrarreferência, países que desenvolveram seus sistemas em redes vêm experimentando novas formas de articulação de serviços/práticas/profissionais, com o objetivo de tentar garantir a continuidade e a integralidade do cuidado, como os programas de gerenciamento de doenças, as redes clínicas e o gerenciamento de casos.

Você viu na Unidade 1 alguns exemplos dessas experiências.



ORGANIZAÇÃO DAS LINHAS DE CUIDADO

De forma complementar à organização da rede de serviços de saúde e perpassando-a de forma transversal está a organização de recursos por linhas de cuidado, na realidade, um detalhamento da forma de articulação entre as várias unidades que compõem a rede e a integração das práticas realizadas no seu interior, com o objetivo de tratar/cuidar de determinadas patologias e/ou grupos de pacientes.

As linhas de cuidado são em geral organizadas ou programadas para problemas de saúde considerados prioritários do ponto de vista epidemiológico ou considerados de relevância a partir de recortes populacionais. Em geral, são idealizadas para doenças crônicas ou para episódios nos quais são requeridos cuidados permanentes ou de longa duração, como o câncer, ou que requerem reabilitação, como o trauma e o acidente vascular encefálico.

A partir do detalhamento de protocolos clínicos, são desenhados os caminhos a serem percorridos ao longo da rede, nos quais epidemiologistas, especialistas clínicos e planejadores definem como e onde serão tratados os pacientes e quais são as responsabilidades de cada unidade, os mecanismos de integração e, naturalmente, as formas de garantir que os recursos humanos e materiais necessários ao cumprimento da proposta estejam disponíveis.

A organização de linhas de cuidado é possível apenas por meio da articulação entre o planejamento/programação, a epidemiologia e a clínica. Utilizando o exemplo do câncer de colo de útero para o desenho da linha de cuidado para uma área, em linhas muito gerais, seriam necessários os seguintes passos, realizados em conjunto por planejadores, epidemiologistas, especialistas clínicos e gestores:

- ▶ Analisar como se dá o desenvolvimento da doença, quais os fatores e os grupos de risco, as possíveis medidas de promoção e de prevenção, os métodos de diagnóstico para detecção de casos, o tratamento a ser instituído em cada estágio da doença e como é realizado o seu acompanhamento.
- ▶ Detalhar a composição de recursos materiais e humanos necessários à realização de cada uma das ações definidas para cada fase (diagnóstica e terapêutica).
- ▶ Estimar a população-alvo à qual serão dirigidas as ações de prevenção e detecção de casos e estabelecer normas de cobertura de ações – x exames a cada ano para a faixa etária y, por exemplo.
 - ▶ Estimar o número de casos esperados em cada estágio da doença a partir da instituição do processo de diagnóstico.
 - ▶ Avaliar a necessidade de ações terapêuticas em cada uma das modalidades definidas pelos protocolos

(cirurgias, quimioterapia, radioterapia, acompanhamento) a partir do número de casos estimados em cada estágio.

- ▶ Definir em que ponto da rede e em quais unidades serão realizadas cada uma das ações (detecção, diagnóstico, cada modalidade de tratamento, acompanhamento dos casos).
- ▶ Definir os mecanismos de integração entre as unidades e entre os profissionais envolvidos.
- ▶ Calcular os recursos necessários para que cada uma das ações propostas possa ser cumprida.
- ▶ Levantar os recursos existentes e avaliar de que forma estão sendo gerenciados e, se necessário, definir estratégias para a solução de problemas detectados no sentido de sua adequação à proposta.
- ▶ Definir a necessidade de investimento e elaborar o projeto de investimento.
- ▶ Definir os indicadores de avaliação.
- ▶ Definir os mecanismos de gestão conjunta e de acompanhamento.

Naturalmente, o planejamento e a implementação de linhas de cuidado em uma dada região pressupõem o conhecimento dessa realidade específica e o envolvimento dos gestores e profissionais das unidades em questão. Caso contrário, eles correm o risco de elaborar mais uma série de normas que não serão cumpridas, por serem inexecutáveis ou por não contarem com a adesão e o compromisso dos que deveriam cumpri-las.

É importante fazermos a clara distinção entre as linhas de cuidado e os chamados programas verticais. Enquanto os programas verticais tendem a fragmentar o processo de cuidado, trabalhando com serviços e recursos humanos “especializados” em uma determinada patologia, a ideia da linha de cuidado é exatamente a oposta.

O entendimento de cada linha de cuidado como uma rede de atenção independente, formalmente constituída, e não como uma estrutura funcional que perpassa transversalmente a rede de atenção, tende a reforçar a fragmentação, multiplicando o lócus de tratamento e cuidado para as mesmas populações e indivíduos que, sem mecanismos muito bem azeitados de integração, tendem a comprometer a possibilidade de buscar a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção, além de diminuir a eficiência na utilização de recursos.

Assim, o desenho da linha de cuidado do câncer de colo de útero, por exemplo, envolve unidades básicas, equipes do Programa de Saúde da Família, centros de diagnóstico, serviços cirúrgicos de hospitais gerais e serviços de hospitais especializados, dependendo do tipo de ações e dos casos a serem considerados. No entanto, não se propõe que em cada uma dessas unidades sejam criados serviços especializados em câncer de colo de útero. A ideia central é criar “corredores funcionais” que conduzam o paciente ao longo da rede e que permitam integrar as ações dirigidas a ele, ainda que realizadas por diferentes profissionais e em diferentes unidades.

REFLETINDO SOBRE INVESTIMENTOS EM REDES DE SERVIÇOS

A partir de todo o exposto, fica claro que formularmos projetos de investimento para a construção de redes de serviços pressupõe um processo mais complexo, mas não necessariamente complicado, do que simplesmente propormos a construção de um hospital ou de qualquer outro serviço no distrito/município A ou B, para os quais são fundamentais doses maciças de bom senso.

Ao pensarmos na construção de um hospital, precisamos antes questionar se a localidade que o receberá terá o número de casos suficientes para que ele possa operar ou se o seu destino será o de se transformar em um elefante branco.

Será que o tipo de perfil assistencial que está sendo pensado tem relação com as necessidades da localidade? Sendo um serviço de referência, como as pessoas chegarão até ele? De que modo o serviço será articulado com as demais unidades da rede? Para que o serviço funcione, existirão recursos humanos? Se for preciso contratá-los, haverá recursos ou poder para tal? E, ainda que estejam disponíveis, será possível captá-los na região em questão?

As mesmas perguntas são colocadas ao pensarmos a respeito da criação de serviços dentro de uma linha de cuidado, como um serviço de diagnóstico para o câncer, por exemplo. O número de casos da área é suficiente para justificarmos sua implantação? Como o serviço em questão será articulado com os demais componentes da linha de cuidado? Como os pacientes chegarão até ele? E uma vez identificados os casos, para onde serão encaminhados para tratamento? Do ponto de vista de sua operação:

existem meios para contratar os recursos humanos? Eles estão disponíveis para serem contratados na área em questão? E se não estiverem, é possível traçarmos estratégias para sua captação?

A única forma de respondermos a essas questões consiste em idealizarmos os projetos de investimentos dentro do marco mais geral de um plano de saúde para a área/região em questão, com especificações claras de número, porte, perfis e funções de cada unidade e as formas de articulação entre elas.

A partir desse marco geral, precisamos avaliar as condições específicas para a implantação do projeto. Parar tal, existem condições técnicas factíveis para que o projeto seja criado, operacionalizado e mantido? Existem condições políticas viáveis para que o projeto seja implantado? E se não existem, é possível criá-las? A partir de que estratégias?

Apenas a partir dessas definições prévias, podemos ter claro a adequação do projeto de investimento.

Não queremos dizer com isso que um projeto de investimento específico deva contemplar todos os aspectos anteriormente apontados. Vários projetos distintos poderão e deverão ser realizados para dar conta das necessidades de investimento de uma dada área e, evidentemente, precisaremos realizar recortes. O fundamental é que ao realizarmos um projeto de intervenção em uma área de cuidado ou em um serviço específico, que consideremos, apontemos e encaminhemos as articulações imprescindíveis para o seu funcionamento na perspectiva da rede.

Ainda que trabalhemos dentro de um dado recorte, outra ordem de questões é colocada: precisamos levar em conta que o investimento em uma dada unidade ou serviço, gerando maior produção, criará novas demandas e exercerá pressão sobre os serviços já existentes.

Da mesma forma, ao pensarmos em ampliar um serviço cirúrgico, por exemplo, devemos considerar: se o número de cirurgias

aumentar, será que os leitos da enfermaria disponíveis serão suficientes? E os serviços de UTI, exames laboratoriais e bancos de sangue serão igualmente suficientes? Onde estarão os auxiliares de enfermagem e os anestesistas necessários para aumentarmos a capacidade de produção?

Pelas próprias perguntas que formulamos, utilizadas apenas como exemplo, fica claro que ao investirmos na ampliação ou construção de um serviço ou uma unidade de saúde, não basta pensarmos apenas em prédios e equipamentos. Para que eles funcionem são necessários recursos humanos, insumos, mecanismos gerenciais, enfim, todos os recursos para sua operacionalização. Ademais, os próprios prédios e equipamentos requerem manutenção constante para que o investimento não seja perdido. Se não considerarmos esse aspecto básico desde a formulação do projeto, bem como as estratégias para que esses recursos possam ser garantidos ou viabilizados, continuaremos a construir prédios, mas não serviços de saúde e muito menos redes de serviços.

Finalmente, outra questão central nesse contexto é: antes de definirmos em que investir é fundamental considerarmos o que já existe e como está funcionando. Embora isso pareça óbvio, nem sempre é feito, talvez porque criar novos serviços muitas vezes pareça mais “fácil” e menos desgastante do que fazer funcionar os que existem.

Assim, se em determinada área constatamos, por exemplo, a carência de leitos de clínica médica, antes de propormos a construção de uma nova unidade ou a ampliação desses leitos, devemos primeiro analisar como estão funcionando os existentes.

Se o tempo médio de permanência dos pacientes nos leitos existentes for alto, por exemplo, de 14 dias, fato bastante comum, principalmente em hospitais públicos, a primeira coisa a fazer é analisar o porquê desse achado e definir estratégias para modificar essa situação. Se esse tempo for reduzido para sete dias, o número de leitos será duplicado sem a necessidade de obras, de equipamentos ou de contratação de recursos humanos. Até porque, se problemas como a internação de pacientes para a realização de exames e a falta de leitos de apoio para garantir a sua saída, o que

geralmente impede a diminuição do tempo de permanência nos serviços, não forem enfrentados nos hospitais já existentes, esses problemas provavelmente ocorrerão nos serviços a serem criados, gerando a contínua necessidade de ampliação de leitos. Isso pode levar o sistema a uma política de investimentos completamente irracional e descomprometida com o funcionamento dos serviços.

CONSTITUIÇÃO DE MECANISMOS DE GESTÃO

Como vimos, a montagem de redes resolutivas que possam garantir atenção integral efetiva pressupõe bases populacionais maiores para que possamos desenhá-las considerando os vários níveis de densidade tecnológica e de complexidade necessários ao cuidado e à atenção de uma dada população.

As regiões são naturalmente subdivididas em territórios menores, em geral denominados distritos, sub-regiões ou microrregiões, que também mantêm autossuficiência de recursos para atenção à sua população até o nível definido. Assim, microrregiões/distritos menores serão responsáveis e autossuficientes para o primeiro nível equipado a fim de resolverem seus problemas mais comuns. Do mesmo modo, distritos mais populosos, com perfil epidemiológico distinto, serão autossuficientes para o primeiro nível que naturalmente deverá ter tamanho e combinação de recursos diferentes dos de um distrito menor, provendo ainda, por exemplo, o cuidado ambulatorial especializado em hospitais ou policlínicas para sua população. Além disso, possivelmente será referência para esse nível de cuidado ambulatorial especializado de um ou mais distritos vizinhos, de menor porte.

Evidentemente, para que o distrito maior possa dar conta da referência de seus vizinhos de menor porte, em seu planejamento de serviços e recursos deverá ser considerada a população a ser referenciada por todos os demais distritos. Da mesma forma, os distritos menores devem considerar detalhadamente em seus planos as estimativas de casos que deverão ser encaminhados aos distritos

de referência, definindo em que situação e para que serviço haverá encaminhamento. E, naturalmente, os vários distritos devem não apenas tomar conhecimento *a posteriori* de como os gestores vizinhos (ou a população vizinha) pretendem utilizar sua rede, mas participar dessas definições antes que os pacientes busquem por si próprios a sua referência.

O planejamento da rede regional não é a soma do planejamento de seus distritos, assim como ela não é construída apenas tomando-se o conjunto de atividades desenvolvidas pelas unidades existentes em sua área. A instituição de uma rede regional é uma construção coletiva a ser desenvolvida em conjunto desde o seu início, na medida em que a atenção à saúde da população da região não é responsabilidade apenas dos distritos, mas da região em sua totalidade.

Ao transpormos essa necessidade de construção coletiva para o caso brasileiro, no qual mais de 80% dos municípios tem população menor do que 20.000 habitantes, é muito clara a complexidade da tarefa de construção de redes de atenção à saúde. Com exceção de algumas regiões metropolitanas, é necessário um número muito grande de municípios para que se tenha uma base populacional suficiente para o planejamento de serviços de maior densidade tecnológica.

Ainda assim, a única forma de construirmos redes é considerarmos o território da região como efetivamente comum e a responsabilidade pela saúde dessa população como coletiva. Ou seja, para o planejamento e a implementação de redes regionais é fundamental que inicialmente apaguemos as fronteiras intermunicipais e que elaboremos o plano de forma conjunta, com a participação de todos os gestores dos diversos distritos e municípios da região. Cumprida essa etapa, é hora de buscarmos

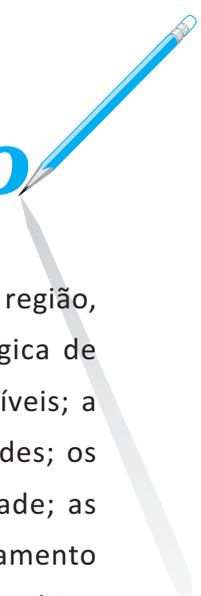
mecanismos de gestão que nos permitam operacionalizar o plano assim construído, incluindo os mecanismos de financiamento e de contratação de recursos humanos. Se, ao contrário, partimos de mecanismos de financiamento que considerem cada município como uma unidade de planejamento e programação autônoma, será extremamente difícil superarmos a fragmentação e a multiplicidade de subsistemas existentes, maior desafio a ser enfrentado para a construção de redes.

Complementando.....

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o pensamento de Mário Testa além de consultar a bibliografia citada ao final deste livro, você pode ler o texto:

- ↳ *Planejamento estratégico em saúde* – de Lígia Giovanella, professora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) – no site <www.scielo.br>.

Resumindo



Nesta Unidade, apresentamos os conceitos de região, de níveis de complexidade e de densidade tecnológica de uma rede assistencial regional; a relação entre os níveis; a correlação entre as propostas de organização de redes; os princípios de universalidade, equidade e integralidade; as principais questões a serem consideradas no planejamento de cada nível componente da rede e os passos necessários ao planejamento e à organização de linhas de cuidado; as questões relativas ao planejamento de investimento em redes; e a correlação entre planejamento de redes e os mecanismos de gestão.



Atividades de aprendizagem

Apresentamos nesta Unidade diversos aspectos relacionados à organização de redes de atenção à saúde. Confira agora se você teve bom entendimento do que abordamos realizando as atividades propostas a seguir.

1. A região de Cachoeiras (fictícia) é composta de sete municípios e totaliza cerca de 1,9 milhão de habitantes. A região está localizada em área metropolitana e possui várias áreas de favela e de conjuntos habitacionais, especialmente nos municípios de Bandeiras, Carampeba e Rolimã, que são também atravessados por uma rodovia federal muito movimentada. A população está distribuída entre os municípios da região de acordo com a tabela a seguir:

POPULAÇÃO DA REGIÃO DE CACHOEIRAS POR MUNICÍPIO – 2007	
MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
Bandeiras	1.000.000
Carampeba	500.000
Rolimã	220.000
São Tomé	100.000
Salgueiro	55.000
Jabacoranga	30.000
Bota-fora	25.000
Total da região	

Os municípios de Salgueiro, Jabacoranga e Bota-fora, além das menores populações, apresentam também as menores densidades demográficas da região. Imagine que você faz parte da comis-

são de planejamento regional que está trabalhando em uma proposta de organização do subsistema de atenção às emergências. A sua primeira tarefa é propor a localização de serviços hospitalares de atenção ao trauma (principalmente acidentes de trânsito e violência). Na medida em que os serviços de trauma, para serem resolutivos, necessitam de equipamentos de ponta e de recursos humanos especializados e raros, como você pensaria uma primeira aproximação a uma proposta de localização de serviços, considerando os dados anteriores.

2. Para que uma rede opere, é necessária a definição do papel de cada um de seus componentes, de modo que seja possível construir “caminhos” pelos quais os pacientes possam transitar ao longo da rede e a partir dos quais possam ser definidas as referências e as contrarreferências.

Ainda assim, países que desenvolveram sistemas em rede sentiram a necessidade de aprimorar/aperfeiçoar os mecanismos de integração entre os níveis, o compartilhamento de informação e a cooperação entre os profissionais.

O texto a seguir foi retirado e traduzido da descrição do sistema de saúde sueco, disponível no *site* do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde da OMS.

A maior parte dos pacientes que recebem alta dos hospitais tem necessidade de cuidado continuado a ser provido pela atenção primária. A informação concernente às necessidades de cuidado de um determinado paciente é, em alguns casos, formalmente passada do hospital para o centro de atenção primária da área onde mora o paciente. Em outros casos, o hospital faz contato diretamente com uma enfermeira do distrito. Esta forma de lidar com pacientes com necessidade de cuidado ambulatorial, nem sempre tem se mostrado bem sucedida, já que nem sempre fica claro que tipo de cuidado cada profissional envolvido deve prover.

Um novo método para melhorar a cooperação entre atenção primária e hospitalar foi introduzido em algumas áreas. A cada mês, médicos da atenção primária passam uma proporção de sua carga horária nos diversos serviços do hospital, com o objetivo de compartilhar conhecimento e trocar informações acerca do trabalho realizado nos centros de saúde. Ao mesmo tempo, esses profissionais levam aos demais profissionais da atenção primária as questões e problemas vividos nos serviços hospitalares.

Esse tipo de programa, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção e a cooperação entre os profissionais, vem sendo desenvolvido localmente por generalistas e especialistas.

- a) Qual sua opinião a respeito?
 - b) Você conhece alguma experiência desse tipo?
 - c) Você poderia pensar em algum tipo de alternativa semelhante na região em que você trabalha?
3. Leia o texto disponível no AVEA, *Parâmetros técnicos para a programação de ações de detecção precoce do câncer de mama: recomendações a gestores estaduais e municipais*, elaborado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCa)/Ministério da Saúde, e responda: para o desenvolvimento em um dado território da linha de cuidado do câncer de mama, em seu componente de detecção precoce descrito no texto, quais serviços/recursos estariam envolvidos?
4. O município de Cassiopéia elaborou uma proposta de investimentos em unidades ambulatoriais de saúde e a encaminhou para a avaliação de uma comissão da qual você faz parte. Cassiopéia é um município de 100.000 habitantes e a equipe responsável pela elaboração do projeto utilizou o parâmetro de duas consultas/habitante/ano para estimativa da necessidade de consultas ambulatoriais não especializadas. Para a apresentação das necessidades de investimentos foi encaminhada a seguinte tabela:

DEMONSTRATIVO DA NECESSIDADE DE UNIDADES AMBULATORIAIS PARA O MUNICÍPIO DE CASSIOPEIA	
Número de habitantes	100.000
Necessidade de consultas	200.000
Consultas realizadas atualmente	100.000
Número de unidades existentes	8
Número adicional de consultas necessárias	100.000
Número de unidades adicionais necessárias	8

Portanto, a proposta municipal considerou que para dobrar a produção atual seria necessário dobrar o número de unidades ambulatoriais existentes. Durante a reunião da comissão de avaliação, qual seria sua opinião acerca do projeto? Se fosse o caso, que outras informações você solicitaria?

5. Leia com cuidado as notícias abaixo:

Notícia 1: Saúde, a faceta mais cruel da crise

O Pronto Socorro é o único hospital de urgência e emergência de todo o estado, onde 92% da população não têm plano de saúde e depende de atendimento público. Com apenas 149 leitos, o hospital constantemente tem taxa de ocupação de 150% [...].

O quadro é agravado pela precariedade da rede básica de saúde. Com isso, o Pronto Socorro, unidade especializada em trauma, recebe pacientes com todos os problemas imagináveis [...]. A maioria dos pacientes que estão hoje espalhados pelos corredores não deveriam estar aqui, mas não podemos deixar de atender – diz o diretor. (JORNAL O GLOBO, 28/01/2007).

Notícia 2:

Na emergência do maior hospital da cidade, são muitos os pacientes de outros municípios. E eles vêm a procura de atendimento básico: “Estava com infecção no dente. Não tinha recurso onde moro, fui pro posto e me encaminharam pra

cá”, diz um deles: “Onde moramos, tem o hospital que é pago e o que não paga. “No público, eles não quiseram receber, ele tinha que vir pra cá”, fala a acompanhante de outro paciente. Todo brasileiro tem direito à saúde pública, independentemente do endereço. Mas o secretário de saúde da cidade reclama que não tem recursos para atender a tanto doente de fora: “Nós investimos aqui na Secretaria de Saúde, mas a metade do dinheiro é gasto para atender gente de fora mesmo. Se nós não tivéssemos essa gente de fora, nosso sistema seria inteiramente aliviado, tranquilo”. (REDE GLOBO, REPORTAGEM ESPECIAL, 16/03/2006).

Considerando o que você aprendeu nesta Unidade, que problemas você consegue identificar na constituição de redes de serviços nessas localidades que estariam gerando a situação descrita na Notícia 2?